

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій  
Кафедра авіаційної психології

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

\_\_\_\_\_ Помиткіна Л.В.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р.

**ДИПЛОМНА РОБОТА**  
**(пояснювальна записка)**

ВИПУСНИКА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія бізнесу»

**ТЕМА: Особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії**

Виконавець: студентка ПБ-201МЗ Гоголь Олеся Вячеславівна

Керівник: док. психологічних наук, професор Помиткіна Л.В.

Нормоконтролер: \_\_\_\_\_ Власова-Чмерук О.М.

(Підпис)

Київ 2020

# НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій

Кафедра авіаційної психології

спеціальність 053«Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія бізнесу»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ Л. Помиткіна

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р.

## ЗАВДАННЯ

на виконання дипломної роботи

Гоголь Олеся Вячеславівна

1. Тема дипломної роботи "Особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії" затверджена наказом ректора від

2. Термін виконання роботи: з

3. Вихідні дані до роботи: вибірка дослідження включала 32 лікарів (16 лікарів приватної клініки та 16 лікарів приватної клініки).

Емпіричний розділ було виконано за допомогою методик: «Стратегії подолання стресових ситуацій»(SACS) (С.Хобфолл) (адаптація в рос.версії Н. Водоп'янова, Е. Старченкова), «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте) (адаптація Л. І. Вассермана, опитувальник якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ-100) (адаптація проф. М.М. Кабанова).

Метод математичної обробки: критерій Манна-Уїтні.

4. Зміст пояснювальної записки: вступ, 2 розділи, висновки. У першому розділі дано психологічну характеристику поняття «копінг-поведінка» з врахуванням специфіки професійної діяльності лікарів. У другому розділі виявлено види копінг-стратегій, механізмів психологічного

захисту та оцінки якості сфер життя у обох вибірках лікарів та проведено їх порівняльний аналіз.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного) матеріалу: 9 таблиць та 8 рисунків.

6. Календарний план-графік

	Завдання	Термін виконання	Виконано
	Обрання теми дипломної роботи	Вересень 2020	
	Теоретичний аналіз і підбір літератури	Вересень 2020	
	Затвердження теми дипломної роботи	Вересень 2020	
	Підбір методик та методів дослідження	Вересень 2020	
	Організація і проведення дослідження	Вересень 2020	
	Обробка отриманих результатів	Жовтень 2020	
	Оформлення пояснювальної записки дипломної роботи	Листопад 2020	
	Подання готової дипломної роботи на розгляд керівнику	Грудень 2020	
	Проходження попереднього захисту	Грудень 2020	
	Захист дипломної роботи	Грудень 2020	

7. Дата видачі завдання: «\_\_\_\_\_»

Керівник дипломної роботи \_\_\_\_\_ Помиткіна Л.В.

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_ Гоголь О.В.

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи "Особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії": 80 сторінок, 61 використане джерело, 10 таблиць, 7 діаграм, 6 додатків.

КОПІНГ-ПОВЕДІНКА, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ, МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ.

**Об'єкт дослідження:** копінг-поведінка як психологічний феномен.

**Предмет дослідження:** особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії.

**Мета дослідження** – виявити особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії.

Практичний розділ роботи було виконано за допомогою емпіричних методик: методика «Стратегії подолання стресових ситуацій»(SACS) (С.Хобфолл), тодіка «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте), опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100). Математична обробка даних була виконана за допомогою критерію Манна-Уїтні (програма SPSS).

**Вибірка дослідження:** 32 лікарі (16 лікарів приватної клініки та 16 лікарів приватної клініки).

Було виявлено, що медики приватної клініки інтенсивніше демонструють схильність до ретельного аналізу всіх можливих варіантів, до уникання ризику у стресогенних ситуаціях, менш активно демонструють схильність до високої імпульсивності, готовність до прояву асоціальних моделей поведінки. Механізм витіснення вони застосовують в цілому активніше, заперечення як механізм менш активно виявлений, мають значно вищі показники механізму інтелектуалізації. Вони мають вищі показники лише в оцінці якості життя за «Духовною сферою», які допомагають успішно справлятися з більшістю труднощів в житті, даючи відповіді на духовні й особистісні питання.

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП.....</b>	<b>6</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ В КОНТЕКСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ</b>	
1.1. Підходи до аналізу поняття «копінг-поведінка» у психологічній науці.....	9
1.2. Психологічні особливості професійної діяльності лікарів у контексті сучасних реалій.....	19
Висновок до розділу 1 .....	22
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ МЕДИКІВ ПРИВАТНОЇ КЛІНІКИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ</b>	
2.1. Методичні основи емпіричного дослідження копінг-поведінки.....	24
2.2. Аналіз результатів дослідження показників копінг-поведінки лікарів приватної клініки у порівнянні з державною клінікою .....	26
2.3. Математичний аналіз встановлення особливостей копінг-поведінки лікарів приватної клініки .....	52
Висновок до розділу 2.....	57
<b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ КОНСТРУКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ЛІКАРІВ</b>	
3.1. Модель психологічного розвитку конструктивних копінг-стратегій лікарів .....	61
Висновок до розділу 3.....	69
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>70</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>74</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>81</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Проблематика складних, проблемних, екстремальних, критизових життєвих ситуацій, а також різноманітних можливих видів реакцій у відповідь на дані подразники займає начне місце в психології у середини минулого століття.

Водночас актуальні умови життя характеризуються зростанням частоти активізації різних за змістом та силою подразників, які виникають неконтрольовано або малоконтрольовано, проти бажання людини. Вони висувають до особистості певні, часто наднормативні, вимоги, включаючи, як зовнішню предметно-практичну діяльність, так і внутрішню активність, зокрема, пізнавальні процеси, емоційну сферу, процеси смислової динаміки, а також передбачає необхідність використовувати додаткові ресурси.

Якщо в середині минулого століття поняття «копінг» використовувалося лише у психології стресу як система когнітивних і поведінкових зусиль для ослаблення впливу стресорів, то в актуальних умовах поняття включає значно ширший спектр моделей активності: від несвідомих психологічних захистів до системи свідомого, цілеспрямованого подолання кризових ситуацій.

Значимість вивчення копінг-поведінки у професійній діяльності лікарів зумовлена тим, що даний аліз допопоже зрозуміти актуальний стан психологічних ресурсів лікарів та побудувати систему психологічної роботи з підвищення рівня конструктивних копінг-стратегій та зниження рівня деструктивних копінг-стратегій, з розвитку проактивного допінгу як системи ресурсів особистості, які допоможуть лікарям підготуватися до подоланні негативних наслідків майбутніх стресових ситуацій.

У зв'язку з актуальними умовами пандемічної загрози особливо актуальним є вивчення специфіки копінг-поведінки лікарів, що виступає передумовою ефективності/неефективності професійній діяльності медичних працівників, їх фізичного та психічного здоров'я.

Вказані моменти зумовлюють перспективність проведення психологічного дослідження на тему «Особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії».

**Об'єкт дослідження:** копінг-поведінка як психологічний феномен.

**Предмет дослідження:** особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії.

**Мета дослідження** – виявити особливості копінг-поведінки медиків приватної клініки під час пандемії.

У відповідності до поставленої мети нами було визначено наступні **завдання дослідження:**

- 1.дати психологічну характеристику поняття «копінг-поведінка» з врахуванням специфіки професійної діяльності медиків;
- 2.виявити базові копінг-стратегії медиків приватної клініки,
- 3.виявити домінуючі механізми психологічного захисту медиків приватної клініки,
4. виявити показники оцінки якості сфер (стресогенності) життя у медиків приватної клініки,
- 5.встановити відмінності у прояві параметрів копінг-поведінки лікарів приватної клініки у співставленні з лікарями державної клініки.
- 6.створити модель психологічного розвитку конструктивних копінг-стратегій для лікарів.

Для виконання завдань дослідження було використано **методи та методики.**

Теоретичний розділ роботи було виконано за допомогою аналізу та систематизації підходів до поняття «копінг-поведінка» та професійної діяльності лікарів у контексті проблематики копіngu.

Практичний розділ роботи було виконано за допомогою емпіричних методик:

методика «Стратегії подолання стресових ситуацій»(SACS) (С.Хобфолл) (адаптація Н. Водоп'янової, О. Старченкової);

методика «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте) (адаптація Л. І. Вассермана та ін., НДПНІ ім.В.М.Бехтерева)

опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100) (адаптація проф. М.М. Кабанова та ін., НДПНІ ім.В.М.Бехтерева)

Математична обробка даних була виконана за допомогою критерію Манна-Уїтні (програма SPSS).

**Вибірка дослідження:** 32 лікарі (16 лікарів приватної клініки та 16 лікарів приватної клініки). Базис дослідження: приватна клініка «Оберіг» (стаціонарне відділення) та «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» (відділення невідкладної терапії). М.Києва.

**Наукова новизна отриманих результатів дослідження** полягає в у виявленні параметрів копінг-поведінки медиків приватної клініки в умовах пандемічної загрози, встановленні особливостей їх копінг-поведінки шляхом порівняння копінг-стратегій, механізмів психологічного захисту та стресогенності сфер життя з вибіркою лікарів державної клініки.

**Практичне значення результатів** полягає у створенні моделі психологічного розвитку конструктивних копінг-стратегій лікарів, яка бути корисною як для групових, так і індивідуальних форм психологічної допомоги, а також може бути використана для самодопомоги самими респондентами, враховуючи актуальні умови пандемічної ситуації.



## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ В КОНТЕКСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ**

### **1.1. Підходи до аналізу поняття «копінг-поведінка» у психологічній науці**

Поняття «копінг» (coping) у психологічній науці трактується як сукупність прийомів та способи, за допомогою яких відбувається процес оволодіння емоціогенною ситуацією. Проблематика копінгу як спроби впоратися особистості зі складними для неї життєвими ситуаціями виникла в психології в другій половині минулого століття [5; 13; 30; 33; 45; 59].

Копінг-поведінка має дві основні функції: рішення актуальної проблеми та регулюванні емоцій, що виникають під дією стресора. У широкому сенсі копінг включає всі види взаємодії особистості з параметрами зовнішнього або внутрішнього характеру з метою оволодіти або пом'якшити, звикнути або ухилитися від вимог проблемної ситуації. Тобто, головне завдання копінг-поведінки полягає у забезпеченні та підтриманні благополуччя людини, фізичного і психічного здоров'я та задоволеності соціальними відносинами [10; 11; 23; 24; 40].

Класики даної проблематики Р. Лазарус та С. Фолькман активно вичали поняття «копінг-стратегії» як свідомі засоби оволодіння та врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем, яке містить стресогенні подразники. Стрес розглядається як різновид взаємовідносин особистості та зовнішніх обставин-подразників, які набувають нових значень за допомогою процесів оцінювання у особистості. Тобто, особистість оцінює зміст ситуації, її цінність для себе, а процес подолання виявляється у застосуванні у свідому застосуванні поведінкових і когнітивних зусиль для задоволення внутрішніх вимог даної ситуації за умови, якщо звичного, стандартного пристосування недостатньо [1; 2].



**Рис.1.1.1. Транзактна модель копіngu Р.Лазаруса.**

Вчені Лазарус та Фолькман виділяють наступні три варіанти подолання:

- 1) оцінка складності та масштабу ситуації;
- 2) втручання в ситуацію;
- 3) уникнення.

Тобто, копінг спрямований або на наближення до стресора (агресія, пошук інформації, рішення проблеми), або уникання стресора (ігнорування, відволікання, відхід), але незалежно від цього він проявляються на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях.

Також вони запропонували класифікацію копінг-стратегій:

- 1) проблемно-фокусовані стратегії
- 2) емоційно-фокусовані стратегії [15].

Вчені А. Біллінгс і Р. Моос також виділяють аналогічні 3 способи подолання:

- 1) копінг, спрямований на оцінку,
- 2) копінг, спрямований на проблему
- 3) копінг, спрямований на емоції [44].

Дещо інший підхід представлений у концепції американського дослідника К. Гарвера, який до найбільш адаптивних копінг-стратегій відніс наступні копінг:

1. «активний копінг» - активні дії щодо усунення джерела стресору;
2. «планування дій»;
3. «пошук активної суспільної підтримки»;
4. «позитивне тлумачення і особистісний ріст»;
5. «прийняття».

Окремо автор виділяє інший набір копінг-стратегій, які мають статус адаптивних, але пов'язані з активним копінгом:

1. «пошук емоційної суспільної підтримки»;
2. «пригнічення конкуруючої діяльності» - зниження активності відносно інших справ і проблем та повне зосередження на джерелі стресу;
3. «стримування» [3; 20].

Також широкоживаною є класифікації допінгів за критерієм «активність-пасивність»:

- 1) активна копінг-стратегія - це поведінка, спрямована на зміну природи стресора та його переосмислення,
- 2) пасивна копінг-поведінка, що спрямована на уникання активного вирішення проблеми, стримування емоційних реакцій, використання ліків, алкоголю та ін.

С.Хобфол класифікує у власній теорії своїй COR (Conservation of Resources, теорія збереження ресурсів) копінг-стратегію на основі шести осей:

- 1) просоціальна / антисоціальна спрямованість,
- 2) пряма / непряма поведінка
- 3) пасивна / активна поведінка.

Також представлена і змішена класифікація копінгів, у якій виділено вісім основних копінгів: конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка проблеми. Усі вказані копінги аналізуються з точки зору віднесення до наступних груп:

- 1) автоматизовані копінги як стереотипні способи подолання: втеча-уникнення, прийняття відповідальності;
- 2) захисні допінги: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль;
- 3) активні, діяльнісні допінги: пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка ситуації [28; 36].

С.К. Нартова-Бочавер зазначає значимість наступних критеріїв класифікації копінгів:

- 1) орієнтованість, або локус с (на проблему - на себе),
- 2) психічна область, в межах якої розгортається подолання (зовнішня діяльність- внутрішня діяльність: уявлення, почуття),
- 3) ефективність- неефективність,
- 4) тимчасова протяжність отриманого ефекту (проблема вирішується радикально або вимагає повернення до неї),
- 5) ситуації, що провокують coping-поведінку (кризові або повсякденні).

С.К. Нартова-Бочавер відмічає значущість психологічного контексту ситуації, щодо якої активізується копінг: особливості події, з якими взаємодіє людина, її суб'єктивне розуміння безумовно впливають на процес подолання, детермінуючи вибір копінгів. [49].

Л.І. Анциферова зазначає, що поведінка людини детермінована не стільки об'єктивно заданою ситуацією, скільки її оцінкою, яка відображається в суб'єктивній репрезентації актуальної події [2].

Дискусійною є проблема оцінки ефективності копінгів. Наприклад, Р.Фрайденберг класифікує 18 стратегій у 3 категорії:

- 1) звернення до інших (пошук підтримки),
- 2) непродуктивний копінг (уникання, пов'язане з нездатністю справлятися з ситуацією),
- 3) продуктивний копінг (активність, спрямована на вирішення проблеми, зберігаючи оптимізм, соціальний зв'язок, тонус) [5; 13; 14].

Як бачимо, перша категорія копінг-стратегії «звернення до інших» знаходиться між критеріями «ефективного» та «неефективного» копінгу. Водночас свідмітимо, що тут виділено ще один вимір – «соціальна активність», який не може однозначно оцінюватись як продуктивний або непродуктивний, тому варто враховувати зміст соціальної активності.

У сфері емоційного копінга адаптивними вважаються наступні копінг-стратегії: протест і оптимізм; частково адаптивними: емоційна розрядка і пасивна кооперація; не адаптивними: придушення емоцій, покірність, самозвинувачення і агресивність.

У сфері когнітивного копінга адаптивними вважаються наступні копінг-стратегії: проблемний аналіз, установка на власну цінність і збереження самовладання; частково адаптивними: додача сенсу і релігійність; неадаптивними: смиренність, розгубленість, диссимуляція і ігнорування.

У сфері поведінкового копінга адаптивними вважаються наступні копінг-стратегії: співпраця, оптимізм; частково адаптивними: компенсація, відволікання і конструктивна активність; не адаптивними: активне уникання і відступом [1; 2].

Також активно вивчається такий феномен, як «проактивний копінг». Поняття «проактивність» було введено у науві обіг В. Франклом у 1949 р. у книзі «Людина у пошуках справжнього сенсу» як щдатність та готовність для приймати відповідальність за себе та своє життя, будучи у цьому розумінні близьким до поняття «інтернальності». Надалі дане поняття

розглядалося у контексті протисалвлення поняттю «реактивності». Пізніше виникло поняття проактивного копіngu у структурі інших видів копіng-поведінки:

- 1) реактивний копіng, що спрямований на протидію стресорам,
- 2) антиципаторний копіng, що спрямований на подолання загрози, яка з високою ймовірністю станеться у найближчому майбутньому;
- 3) превентивний копіng, спрямований на накопичення резистентних ресурсів, які здатні зменшити важкість стресових подій, що можуть з відбутися у майбутньому або ж зменшити ймовірність настання актуальних стресових ситуацій;
- 4) проактивний копіng, спрямований на створення ресурсів, які призначені для досягнення управління майбутніми стресогенними ситуаціями, він обирається не у відповідь на конкретний стресор, а визначає готовність до потенційних стресорів взагалі [54].

Даний підхід активно вивчається в рамках ресурсного підходу стресоподолання, у якому широковідомою є теорія «збереження ресурсів» (Conservation of Resources, COR), запропонована С. Хобфоллом.

Суть ресурсного підходу полягає у ефективності розподілу наявних ресурсів за мови присутності стрижневих ресурсів, які виконують функцію контролю та організовують розподіл інших ресурсів. Тому втрати ресурсів розглядаються є причиною неефективної адаптації, яка в свою чергу призводить до вторинної втрати ресурсів, яка за принципом зворотного зв'язку посилює наступну дезадаптацію. Але можливий і протилежний процес: інвестиція, наростання, відновлення ресурсів здатні детермінувати успішну адаптацію, активізуючи тим самим також і можливість вторинного придбання, оновлення ресурсів.

Артюхіна Н.В., Бадю О.А. детально аналізують проблематику копіngu шлюбних партнерів в контексті сімейної системи, виділяючи його рівні: реактивний, антиципаторно-превентивний рівень копіngu, проактивний копіng. Варто відзначити зазначену авторами цінність проактивного

копінгу як орієнтованого на майбутнє, що забезпечує його має профілактичний характер, а тому може виступати інструментом профілактичної готовності щодо ефективного проходження прогнозованих труднощів [4].

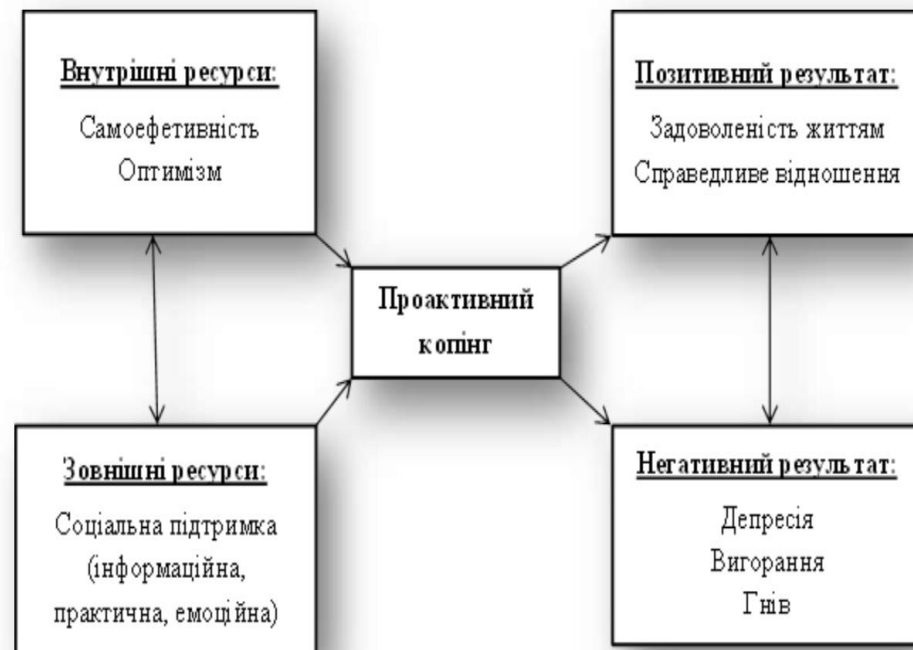


Рис.1.1.2.Модель проактивного копінгу

Тому активно вивчаються копінг-ресурси особистості, тобто ті умови, що сприяють подоланню стресу. Вказані копінг-ресурси класифікують наступним чином:

- 1) фізичні (здоров'я, витривалість);
- 2) соціальні (індивідуальна соціальна мережа, соціально-підтримують системи);
- 3) психологічні (переконання, стійка самооцінка, товарииськість, інтелект, мораль, гумор);
- 4) матеріальні (гроші, обладнання) [54].

Варто зазначити, що реагування та емоційненні, складні ситуації може відбуватися двома способами:

- 1)свідомі копінг-стратегії,
- 2)автоматичні механізми психологічного захисту.

Усі захисні механізми мають дві характеристики:

- 1) діють на несвідомому рівні;
- 2) спотворюють, заперечують чи фальсифікують сприйняття реальності.

Т. Краснянська [33] вказує наступні відмінності копінгу у співставленні з механізмами психологічного захисту:

- 1) усвідомленість,
- 2) довільність,
- 3) цілісність охоплення ситуації,
- 4) відновлення зруйнованих соціальних зв'язків суб'єкта
- 5) спрямованість на перспективу.

Тобто, використання копінг-стратегій відбувається тоді, коли є можливість діяти довільно, а використання респондентом механізмів психологічного захисту відбувається саме тоді, коли ситуація не дає вибору і змушує діяти.

Е.В. Лібіна і А.В. Лібін розглядають психологічний захист як несвідому відмову від вирішення проблеми шляхом конктерних дій або бездіяльності заради збереження комфортного стану. Цим самим він протистоїть копінг-стратегіям як прояву свідомого опанування шляхом конструктивної активності[46].

Основна функція психологічного захисту полягає в ослабленні або витісненні протиріч між інстинктивними імпульсами несвідомого і інтеріоризованими вимогами зовнішнього оточення, внутрішньоособистісних конфліктів та зумовлених ними напруги та занепокоєння задля відновлення або підвищуючи адаптованості та і врівноваженості [22; 38; 39].

Виділено 8 основних механізмів захисту:

- 1) заперечення,
- 2) витіснення,
- 3) компенсація,
- 4) регресія,
- 5) проекція,



- 6) заміщення,
- 7) інтелектуалізація,
- 8) реактивне утворення [57;60].

Витіснення – це основний захисний механізм, полягає в активному усунення травматичного зі свідомості у вигляді невмотивованого забування або ігнорування.

Регресія – захисний механізм, що виявляється у несвідомому поверненні до більш ранніх, менш зрілих і менш адекватних моделей поведінки, які гарантують захист та безпеку.

Реактивне утворення – механізм захист, який полягає у перетворенні негативного почуття на позитивне, або навпаки. Даним явищем описується «Стокгольмський синдром», коли жертва закохується у свого агресора.

Проекція – захисний механізм, в результаті якого внутрішнє помилково сприймається як таке, що відбувається ззовні: приписуються іншим власні думки, почуття, якості, вважаючи, що він/вона прийняли дещо, що відбувається ззовні, а не всередині цієї самої людини. Типовими формами проекції є: звинувачення жертви (жертва винна, що стала об'єктом домагань злочинця), проекція провини (невірність партнеру несвідомо проектується у вигляді звинувачення його у зраді), залякування (злочинець маскує власну вразливість злочином).

Водночас засоби прояву механізмів захисту представлені ригідними, автоматичними, вимушеними, мимовільними і несвідомими процесами, що діють найчастіше нереалістично, без урахування цілісного змісту ситуації і довготривалої перспективи. Тому ралізація механізмів захисту, маючи ситуативно позитивний ефект, призводить незабаром до об'єктивної дезінтеграції поведінки, регресивних змін, самообману, навіть неврозу.

С.К. Нартова- Бочавер[49] вказує на ряд вимог, необхідних для вивчення даної проблематики:

- 1) наявність тимчасової і змістовної відповідності між стресогенною подією і критерієм ефективності його подолання,
- 2) включення в методи аналізу змісту копіngu показників поліпшення стану,
- 3) доручення специфіки характеристик взаємодії з соціальним оточенням, враховуючи його роль,
- 4) врахування ситуативних обмежень щодо ефективності будь-якого копіngu,
- 5) відмова від пошуку єдиної універсальної стратегії подолання.

У різноманітних дослідженнях встановлені взаємозв'язки різних видів копіng- поведінки з різноманітними психологічними характеристиками [29; 57,60].

Зокрема, зазначаються зв'язки активного застосовування захисних механізмів із зменшенням активності дії, які спрямовані на включеність особистості у власне життя, на переживання впевненості у можливості контролю власних життєвих ситуацій та готовності до прояву ризику як засобу. Також схильність використовувати автоматизовані та захисні стратегії знижує цілісність Я-концепції, не стимулює появу позитивних індивідуальних переживань (ставлення до себе), знижує ступінь диференційованості особистісної ідентичності, не актуалізує ресурси саморегуляції. І навпаки відзначається залежність між застосуванням активних копіngів, зокрема, позитивною переоцінкою, плануванням вирішення проблем, та зростанням можливостей контролю життєвих ситуацій, життєстійкості, готовністю до розгорнутих усвідомлених дій, що здатне підвищувати задоволеність життям, життя сприймається як осмислене, цікаве, емоційно насичене.

Отже, застосування активних стратегій копіng-стратегій, що орієнтовані на вирішення проблеми є оптималним інструментом. І навпаки тенденція до застосування виключно пасивних, уникаючих стратегій доволі часто визначається як маркер ризикованої, навіть небезпечної відповідінки у стресогенних умовах, що може призводити до ригідності психічних

процесів, повторного зростання стресового навантаження. Вказані моменти актуальні для аналізу ряду професійних, для яких дана проблематика є значимою, виходячи зі специфіки їх професійної діяльності та актуальних умов її реалізації. Даний момент буде нами розглянутий на прикладі професійної діяльності лікарів у умовах пандемічної загрози.

## **1.2. Психологічні особливості професійної діяльності лікарів у контексті сучасних реалій**

Професія медичного працівника з давніх часів одна з шанованих у світі, яка виявляється у потребі допомагати стражденому. Для суспільства цілому та для конкретного пацієнта важливе значення професійні якості та особистісні характеристики того, хто обирає професію медичного персоналу. Водночас з розвитком суспільства змінювався стаус та вимоги до медичного працівника, зростав його престиж та авторитет, змістовно змінювалися вимоги до структури Я-концепції медичного працівника у відповідності до сфери охорони здоров'я в цілому.

Лікарська професія відноситься до категорії «допомагаючих професій», стресогенність якої зовнішніми та внутрішніми чинниками. Зокрема, такими параметрами, як: високою інтенсивністю темпу діяльності, тривалістю та навантаженістю робочого дня, різнотиповістю пацієнтів з точки зору симптоматики та з точки зору їх психологічних характеристик.

Особистість медичного працівника сама по собі є одним із значущих зовнішніх стимулів, які сприяють одужанню або погіршенню стану пацієнта. Якщо лікар спокійний, врівноважений, впевнений, проте не зарозумілий, якщо розуміє, рішучість і швидкість його висновків та дій поєднуються в ньому з співчутливістю й водночас делікатністю, то, бумовно, процес лікування буде більш ефективним.

В умовах загроз пандемії вказані аспекти набувають визначального значення, але водночас активізують і негативний вплив на професійну Я-концепцію медичного працівника. Внаслідок перманентної дії стресових факторів медичні фахівці починають відчувати руйнівний вплив стресу, який виявляється у інтенсивних типових реакціях: головний біль, підвищення або зниження артеріального тиску, розлади сну, відчуття знесилання, емоційні зриви, зниження захисних ресурсів організму, порушення фізіологічних проблем, втрата здатності концентрації, емоційне спустошення. В даних умовах професійна діяльність пов'язана із екстремальними умовами, які вимагають максимального напруження фізіологічних та психічних функцій, що різко виходять на межі фізіологічної норми та інколи за межами оптимуму функціонування, що викликає напруження усіх сфер: інтелектуальної, фізичної, емоційної, мотиваційної, вольової.

Таким чином, копінг – поведінка може розглядатися як актуальна проблема, аналіз якої має як методологічний, так і практикоорієнтований аспект.

Наприклад, проблематика копінг-поведінки активно досліджується на прикладі вибірок хворих з різними видами захворювань, що акцентує значущість даної проблематики у сфері медичного лікування.

Фельдман І. Л. [60] на основі результатів власного дослідження виявила, що для вибірки медичних працівників притаманна як базова допінг-стратегія уникання, а в умовах неможливості уникання зорієнтовані на по соціальну стратегію на протигагу асоціальній стратегії. Також вона відмічає специфіку допінгів в залежності від належності до спеціалізації: у середнього медичного персоналу більш активні активна та просоціальна копінг-стартегії, а лікарі більш орієнтовані на рефлексію стресової ситуації. Також є відмінності в залежності від стажу роботи: молодші працівники більш активно застосовують асоціальніу стратегію.

Асєєва І.Н., Попкова Ю.О, вивчаючи дану проблематику, акцентують увагу на зв'язку оптимізму и копінг-стратегій у медичних працівників работников різних спеціалізацій: оптимізм розглядається як атрибутивний стиль [6].

Ісаєва О. Р., Гурєєва І.Л. на основі результатів власного дослідження виявили, що для вибірки медичних працівників значний вплив має синдром емоційного вигорання [31].

Камінська А. О. [32] робить акцент на ролі копінг-стратегій у формуванні професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю. Зокрема, зазначає, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів частіше використовують конструктивні копінг-стратегії, але лікарі з ознаками професійної дезадаптації частіше застосовують неадаптивні та відносно не адаптивні копінг-стратегії. А також автор визначила наявність позитивного зв'язку між професійною дезадаптацією і копінг-стратегіями: «дисимуляція», «пригнічення емоцій», «самообвинувачення», «компенсація».

Також дослідники зазначають, що медики активно застосовують стратегію уникання, що детерміновано специфікою професійної діяльності, яка часто пов'язана із зустрічами з фізичними стражданнями пацієнтів, частіше мають справу зі смертю пацієнтів, з необхідністю прийняття рішень, що впливають на актуальний стан здоров'я пацієнтів в цілому. У таких випадках застосування емоційного відсторонення як актуального ситуативного механізму та в короткотривалій перспективі вважаються адаптивною поведінкою, яка дозволяє отримати короткий відпочинок.

Таким чином, аналіз копінг – поведінки медичних працівників у сучасній ситуації пандемічної загрози виступає актуальним, враховуючи її практикорієнтований аспект.

## Висновок до розділу 1

Копінг як феномен включає всі види взаємодії особистості з параметрами зовнішнього або внутрішнього характеру з метою оволодіти, звикнути або ухилитися від вимог стресогенної ситуації.

Копінг-поведінка має дві основні функції: рішення актуальної проблеми та регулюванні емоцій, що виникають під дією стресора. Копінг спрямований або на наближення до стресора або уникання стресора проявляються на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях.

При аналізі проблематики копінг-поведінки необхідно враховувати психологічний контекст ситуації, щодо якої активізується копінг, оскільки поведінка детермінована не стільки об'єктивно ситуацією, скільки її оцінкою, яка відображається в суб'єктивній репрезентації актуальної події.

Реагування та емоційно складні ситуації може відбуватися двома способами: свідомі копінг-стратегії та автоматичні механізми психологічного захисту. Копінг-стратегії активні тоді, коли є можливість діяти довільно, а використання механізмів психологічного захисту відбувається тоді, коли ситуація не дає вибору і змушує діяти. Якщо психологічний захист трактується як несвідома відмова від вирішення проблеми шляхом конкретних дій або бездіяльності заради збереження комфортного стану, то копінг-стратегії розглядаються у даному випадку як прояви свідомого опанування шляхом конструктивної активності.

Перспективним є вивчення «проктивного копінгу», який спрямований на створення ресурсів, які призначені для підготовки до взаємодії з майбутніми стресогенними ситуаціями, що визначає готовність до потенційних стресорів взагалі. Даний підхід активно вивчається в рамках ресурсного підходу стресоподолання, у якому широковідомою є теорія «збереження ресурсів» (Conservation of Resources, COR), запропонована С. Хобфоллом.

Отже, застосування активних стратегій копінг-стратегій, що орієнтовані на вирішення проблеми є оптимальним інструментом. І навпаки тенденція до застосування виключно пасивних, уникаючих стратегій доволі часто визначається як маркер ризикованої, навіть небезпечної відповідінки у стресогенних умовах, що може призводити до ригідності психічних процесів, повторного зростання стресового навантаження.

Вказані моменти актуальні для аналізу ряду професійних, для яких дана проблематика є значимою, виходячи зі специфіки їх професійної діяльності та актуальних умов її реалізації. Даний момент буде нами розглянутий на прикладі вивчення копінг-поведінки лікарів у умовах пандемічної загрози.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ МЕДИКІВ ПРИВАТНОЇ КЛІНІКИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ**

### **2.1. Методичні основи емпіричного дослідження копінг-поведінки**

У даному параграфі представлено та проаналізовано методики, обрані нами для проведення емпіричного дослідження копінг-поведінки лікарів приватної клініки.

Методика «Стратегії подолання стресових ситуацій»(SACS) (С.Хобфолл) (адаптація в рос.версії Н. Водоп'янова, Е. Старченкова).

С. Хобфолл у 1994 році запропонував модель опановуючої поведінки на основі поєднання багатоосової моделі, у відповідності до якої створив і шкалу SACS. На відміну від попередніх моделей у даній методиці допінг-поведінка розглядається як стратегії (тенденції) поведінки, а не як окремі типи поведінки. Дана модель має дві основні осі:

- 1) просоціальна-асоціальна,
- 2) активна-пасивна.

А також одну додаткову вісь: пряма-непряма

Обрана нами методика дозволила нам провести аналіз базових копінг-стратегій на основі їх співвідношення рівнів прояву 6 копінг-стратегій у вибірці лікарів приватної клініки, у вибірці лікарів державної клініки, а також на основі порівняльного аналізу основних тенденцій копіngu даних вибірок для виявлення специфіки.

Також нами була обрана методика для діагностики психологічних захисних механізмів особистості Плутчика-Келлермана-Конте "Індекс життєвого стилю" (Life Style Index, LSI).

Представлена методика базується на структурній теорії его-захисту Р. Плутчика, у відповідності до якої психологічний захист- це послідовне спотворення у особистості когнітивної й емоційної складових



складної, кризової, стресової, ситуації з метою зменшення емоційної напруги, яка оцінюється як загрозна у разі повного й адекватного віддзеркалення реальності. Тому з метою адаптації включаються механізми блокування або переструктурування образу реальності і образу Я, які називаються механізми психологічного захисту.

Опитувальник включає вісім шкал:

1. заміщення,
2. проекція,
3. компенсація,
4. регресія,
5. пригнічення,
6. заперечення,
7. гіперкомпенсація (реактивні утворення),
8. раціоналізація (інтелектуалізація).

Кожен з механізмів може бути оцінений за тризначною шкалою за рівнем прояву.

Також нами був обраний як додатковий опитувальник якості життя ВОЗ (ВОЗКЖ-100), розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я як інструмент оцінки якості життя людей незалежно від соціального, культурного, демографічного контексту.

Вибір даного опитувальника зумовлений тим, що стресором виступає лише той подразник, який має для конкретного індивіда негативну оцінку, засновану на його сприйнятті як небезпечного з біологічної, психологічної, соціальної інших точок зору. Якщо індивід не визнає для себе стимул шкідливим, будучи таким об'єктивно, він не є для нього стресором. Тому вивчення тих сфер життя, які мають максимальну стресогенність для нашої вибірки, може бути ефективним додатковим напрямком практичного дослідження проблематики копінг-стратегій нашої вибірки

Методика багатофакторна, включає 6 сфер, більшість з яких має ряд субсфер:

- I. Фізична сфера
- II. Психологічна сфера
- III. Рівень незалежності
- IV Соціальні відносини
- V. Навколишнє середовище
- VI. Духовна сфера

Отже, для проведення дослідження нами було обрано комплекс методик, який включав три психодіагностичні методики, які досліджують копінг—стратегії, механізми психологічного захисту, суб’єктивну оцінку якості життя лікарів за шістьма сферами.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження показників копінг-поведінки лікарів приватної клініки у порівнянні з держаною клінікою

Дослідження було проведене протягом вересня 2020 року, виходячи з актуальних умов професійної діяльності лікарів обох клінік.

Таблиця 2.2.1

### Показники рівнів копінг-стратегій лікарів приватної клініки

Копінг-стратегії	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Кількість	У %	Кількість	У %	Кількість	У %
Активна	5	31%	6	38%	5	31%
Пасивна	3	19%	8	50%	5	31%
Просоціальна	7	44%	5	31%	4	25%
Асоціальна	1	6%	6	38%	9	56%
Пряма	4	25%	5	31%	7	44%
Непряма	4	25%	5	31%	7	44%

За критерієм «активність» у вибірці лікарів приватної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має майже рівномірний розподіл, що говорить про відсутність домінування показників високого, середнього, низького рівнів в межах вибірки. Тобто, лікарі застосовують асертивні дії в цілому по вибірці на середньому рівні: 38% асертивно відстоює свої погляди, поважаючи при цьому інтереси оточуючих, інша третина (31%) схильна це робити постійно, завжди відкрито заявляючи про свої цілі і наміри, і ще третина вибірки (31%) демонструє дану копінг-стратегію взагалі рідко.

За протилежним критерієм «пасивність» у вибірці лікарів приватної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має більш нерівномірний розподіл: помітне яскраве домінування середніх показників у 50% вибірки, які демонструє схильність до обдумування і ретельного аналізу всіх можливих варіантів, прагнення уникати ризику. Дещо менша кількість лікарів (31%) відрізняється меншою схильністю до застосування тривалого по часу обдумування та зважування всіх можливих варіантів рішень. Високі показники схильності до застосування більш тривалого по часу обдумування та зважування всіх можливих варіантів виявлено лише у 3 осіб, що становить 19% вибірки.

За критерієм «просоціальність» у вибірці лікарів приватної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має також нерівномірний розподіл: домінування високих показників (44% нашої вибірки) при спадаючій тенденції середніх та низьких. Отже, лікарі схильні ініціювати соціальні контакти та шукати у них соціальну підтримку у складних емоціогенних ситуаціях, довіряючи та розраховуючи на ці зовнішні ресурси як допоміжні. 31% вибірки застосовують дану копінг-стратегію менш активно, значно в тіснішому колі спілкування. 25% лікарів схильні обмежено включатися у соціальні контакти та менш зацікавлені шукати у них соціальну підтримку у складних емоціогенних ситуаціях, не надто розраховуючи на ці контакти як на ресурси.

За протилежним критерієм «асоціальність» у вибірці лікарів приватної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має найбільш нерівномірний розподіл: яскраве домінування низьких показників (56% нашої вибірки) при дещо спадаючій тенденції середніх (38%) та значно спадаючій низьких (6%). Дана копінг-стратегія має індивідуалізований, специфічний характер у порівнянні з усіма іншими копінг-стратегіями по вибірці лікарів приватної клініки в цілому. Тобто, більшість лікарів не виявляє асоціальні моделі поведінки, пов'язані із тенденцією виходити за соціально допустимі рамки, егоцентризмом, прагненням до задоволення лише власних бажань, не зважаючи на обставини та інтереси інших у складних емоціогенних ситуаціях.

За критерієм «пряма- непряма» копінг-стратегії у вибірці лікарів приватної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має однаковий розподіл, що говорить про відсутність домінування показників високого, середнього, низького рівнів в межах даного бінарного критерію. 44% вибірки лікарів поєднує обидві ці стратегії на високому рівні: можуть бути імпульсивні на рівні першої реакції складних емоціогенних ситуаціях, але також схильні до застосування маніпулятивних дій. Дещо менша частина даної вибірки лікарів (31%) схильна поєднувати ці різноспрямовані копінг-стратегії ситуативно, лише у окремих ситуаціях. Чверть вибірки схильна проявляти обидві копінг-стратегії дуже обмежено: імпульсивність, схильність діяти під впливом першого спонукання, без попереднього обдумування своїх їм не притаманна, але також вони не схильні до маніпулятивних дій, завдяки яким могли б схилити інших до власного варіанту виходу з ситуації.

Таблиця 2.2.2

**Показники рівнів копінг-стратегій лікарів державної клініки**

Копінг-стратегії	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Кількість	У %	Кількість	У %	Кількість	У %
Активна	5	31%	6	38%	5	31%
Пасивна	2	13%	9	56%	5	31%
Просоціальна	7	44%	5	31%	4	25%
Асоціальна	5	31%	4	25%	7	44%
Пряма	5	31%	6	38%	5	31%
Непряма	4	25%	5	31%	7	44%

За критерієм «активність» у вибірці лікарів державної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має майже рівномірний розподіл, що говорить про відсутність домінування показників високого, середнього, низького рівнів в межах вибірки. Тобто, лікарі застосовують асертивність як модель поведінки по вибірці на середньому рівні: 38% асертивно відстоює свої погляди, поважаючи при цьому інтереси оточуючих, інша третина (31%) схильна це робити постійно, цілеспрямовано заявляючи про свої цілі і наміри, і ще третина вибірки (31%) демонструє дану копінг-стратегію рідко.

За протилежним критерієм «пасивність» у вибірці лікарів державної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має більш нерівномірний розподіл: помітне яскраве домінування середніх показників у 56% вибірки, яка демонструє схильність до ретельного аналізу всіх можливих варіантів перед однозначним вибором. Значно менша кількість лікарів-майже третина вибірки- (31%) відрізняється ситуативною схильністю до застосування тривалого зважування всіх можливих варіантів рішень. Високі показники схильності до застосування більш тривалого по часу обдумування та зважування всіх можливих варіантів виявлено лише у 2 осіб, що становить 13% вибірки. У даній вибірці описана копінг-стратегія має

індивідуалізований, специфічний характер у порівнянні з усіма іншими копінг-стратегіями по вибірці лікарів приватної клініки в цілому.

За критерієм «просоціальність» у вибірці лікарів державної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має більш рівномірний розподіл: дещо вищі високі показники (44% нашої вибірки) при спадаючій тенденції середніх та низьких. Отже, дані лікарі схильні активно ініціювати соціальні контакти задля та пошуку у них підтримки у складних емоціогенних ситуаціях, довіряючи та розраховуючи на ці зовнішні ресурси як допоміжні. 31% вибірки застосовують дану копінг-стратегію менш активно, значно в тіснішому колі спілкування. Кожен четвертий лікар не схильний включатися у соціальні контакти задля пошуку у них соціальної підтримки у складних емоціогенних ситуаціях, оскільки не розглядають їх як потенційні значимі для себе ресурси.

За протилежним критерієм «асоціальність» у вибірці лікарів приватної клініки рівневий розподіл копінг-стратегій має також специфічний розподіл: певне домінування низьких показників (44% нашої вибірки) при дещо спадаючій тенденції низьких (31%) та значно спадаючій середніх (25%). Значна частина даних лікарів не виявляє асоціальні моделі поведінки, пов'язані із тенденцією виходити за соціально оформлені рамки, не виявляє егоцентризм, прагнення до задоволення лише власних бажань, не зважаючи на інтереси інших у складних емоціогенних ситуаціях. Але майже третина вибірки демонструє вказані моделі поведінки як основні при виборі опанування стресовими та емоціогенно складними ситуаціями.

Імпульсивність як копінг-стратегія у даній вибірці має майже рівномірний розподіл, що говорить про відсутність домінування показників високого, середнього, низького рівнів в межах даного критерію. Маніпулятивні дії як форма вияву протилежної копінг-стратегії відрізняється більш різноманітною картиною вияву за рівнями: домінують низькі показники у 44%, менш виражені середні показники - у 31% та ще менш виражені низькі показники - у 25% у вибірці лікарів державної клініки.

Отже, схильність до маніпулятивної стратегії як базової у емоціогенних ситуаціях виявлена у чверті даної вибірки, при цьому майже третина схильна все ж таки застосовувати її ситуативно, коли не бачить інших варіантів виходу з ситуації.

Для наочного порівняння нами були обрані рівневі показники трьох копінг-стратегій, за якими нами було побудовано окремі три діаграми.

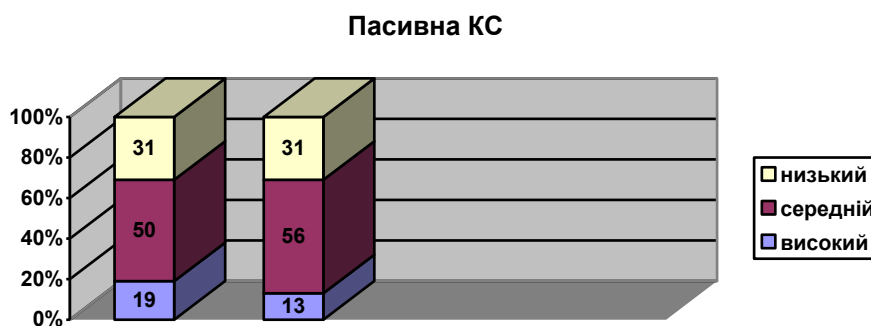


Рис.2.2.1.Процентне співвідношення рівнів пасивної копінг-стратегії у лікарів в залежності від форми власності лікарні

Примітки:

- 1- Лікарі приватної клініки
- 2- Лікарі державної клініки

Отже, пасивна копінг-стратегії має незначні відмінності на середньому та високому рівнях. Лікарі приватної клініки дещо більше демонструють схильність до інтенсивного обдумування і ретельного аналізу всіх можливих варіантів, прагнення уникати ризику як копінг-старатегію. Лікарі державної клініки дещо більше демонструють цю схильність ситуативно, в обмеженому колі емоціогенних ситуацій. Високі показники схильності до застосування більш тривалого по часу обдумування та зважування всіх можливих варіантів однаково притаманні майже третині двох груп. У даних вибірок описана копінг-стратегія має значно специфічніший характер за розподілом рівнів у порівнянні з усіма іншими копінг-стратегіями в цілому.

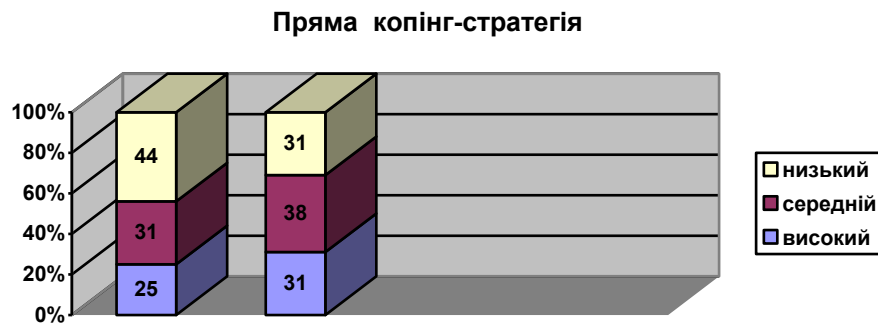


Рис.2.2.2.Процентне співвідношення рівнів прямої копінг-стратегії у лікарів в залежності від форми власності лікарні

Примітки:

1- Лікарі приватної клініки

2- Лікарі державної клініки

Отже, пряма копінг-стратегії має незначні відмінності на усіх трьох рівнях. Лікарі приватної клініки дещо менше демонструють схильність до високої імпульсивності при складних емоціогенних ситуаціях, більша їх частина виявляють імпульсивність на рівні першої реакції, яка згодом поступається певній поміркованості. Лікарі державної клініки у більшості активніше та інтенсивніше демонструють схильність до імпульсивності при складних емоціогенних ситуаціях.

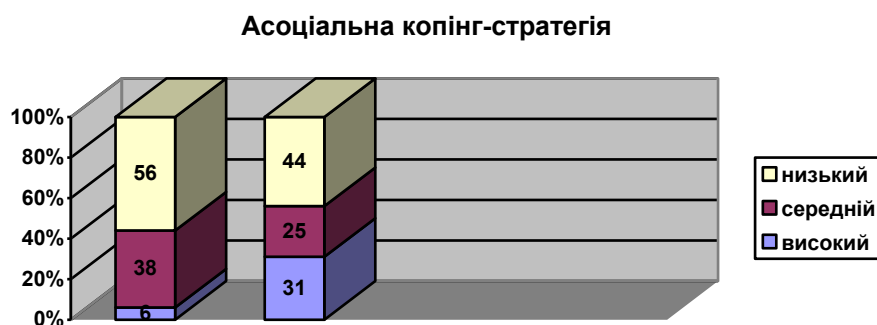


Рис.2.2.3.Процентне співвідношення рівнів асоціальної копінг-стратегії у лікарів в залежності від форми власності лікарні

Примітки:

1- Лікарі приватної клініки

2- Лікарі державної клініки



Отже, асоціальна копінг-стратегія має значні відмінності у представників обох вибірок на усіх трьох рівнях.

Лікарі державної клініки значно інтенсивніше виявляють високу готовність до прояву асоціальних моделей поведінки, пов'язаних із тенденцією виходити за соціальні нормативи, виявляти егоцентризм, прагнення до задоволення лише власних бажань, не зважаючи на інтереси інших у складних емоційних ситуаціях. Майже третина вибірки демонструє вказані моделі поведінки як основні при виборі опанування стресовими та емоційно складними ситуаціями. Також у них помітне незначне домінування даної копінг-стратегії й на середньому рівні.

Для діагностики механізмів психологічного захисту лікарів нами обрана методика «Індекс життєвого стилю» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте) (адаптація Л. І. Вассермана та ін. НДПНІ ім.В.М.Бехтерева). Дана методика дозволила нам виявити рівні прояву наступних основних механізмів психологічного захисту:

1. заперечення
2. витіснення
3. регресія
4. компенсація
5. проекція
6. заміщення
7. інтелектуалізація
8. реактивне утворення

Таблиця 2.2.3

Показники рівнів механізмів психологічного захисту  
лікарів приватної клініки

Механізми психологічного захисту	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Кількість	У %	Кількість	У %	Кількість	У %
заперечення	5	31%	6	38%	5	31%
витіснення	8	50%	3	18%	5	31%
регресія	7	44%	5	31%	4	25%
компенсація	7	44%	6	38%	3	18%
проекція	4	25%	5	31%	7	44%
заміщення	4	25%	5	31%	7	44%
інтелектуалізація	7	44%	6	38%	3	18%
реактивне утворення	8	50%	4	25%	4	25%

На високому рівні у лікарів приватної клініки домінують у половині вибірки (50%) показники двох механізмів психологічного захисту: витіснення та реактивне утворення.

Отже, половина лікарів приватної клініки інтенсивно застосовує витіснення як основний метод захисту інфантильного «Я», функціонування якого виявляється у винесенні за межі свідомості до несвідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу. Зазначимо, що даний механізм є основним, базовим для переважної більшості інших механізмів, що пояснює високі показники його застосування. Водночас зазначимо, що, не зважаючи на витіснення змісту проблемної, емоціогенної ситуації, у свідомості залишається викликане нею емоційне напруження, яке сприймається як незрозуміла, невмотивована тривога а також це виявляється на рівні психо-вегетативних компонентів. У майже третини лікарів даний

механізм мало виражений, оскільки виявлений на низькому рівні. 18% лікарів виявили представленість даного механізму на середньому рівні.

Також половина лікарів приватної клініки інтенсивно застосовує реактивне утворення як механізм психологічного захисту, який виявляється у розвитку у лікарів протилежних до витіснених думок, почуттів, прагнень, що представляє собою певну гіперкомпенсацію. Зокрема, у половини лікарів приватної клініки даний механізм може бути описаний як такий, який такий, на основі якого жорстокість або емоційна байдужість до пацієнтів продукують жалість, дбайливість як реактивні утворення. Четверть лікарів демонструє низькі та середні показники реактивного утворення як механізму психологічного захисту.

Дещо нижчі, але також достатньо виражені високі показники наступних трьох механізмів психологічного захисту: регресія, компенсація, інтелектуалізація.

44% лікарів приватної клініки активно застосовують регресію на високому рівні, що виявляється у униканні травматичних переживань шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку, прояв більш примітивних форм переживань та реакцій. У професійній діяльності даних лікарів це може виявлятися у прояву схильності до заміни суб'єктивно більш складних завдань на відносно більш прості і доступні для респондентів. Застосування більш простих, але звичних та простих для них поведінкових стереотипів збіднює потенційно можливий арсенал думок, емоцій та моделей поведінки, але дозволяє тимчасово адаптуватись до емоціогенних умов. Показники середнього рівня даного механізму менш виражені- у 31% вибірки, а низького у чверті вибірки.

Інтелектуалізація як механізм захисту виявлений на високому рівні у 44% вибірки, які схильні до надмірно розумовому способі подолання фрустраційних переживань через ігнорування емоційної складової. Даний механізм у вибірці виявляється у заміні емоційних переживань, які викликані неприємною або суб'єктивно неприйнятною ситуацією, логічних

міркувань при наявності переконливих доказів на користь протилежного. Таким чином, інтелектуальні ресурси застосовуються як інструмент пояснення та обґрунтування різних моделей поведінки та переживань, які сприймаються як загрозливі та неприйнятні. Показники середнього рівня даного механізму наближені до високих- становлять 38% вибірки, а от показники низького рівня мають значно нижчі прояви- 18 вибірки лікарів приватної клініки.

Компенсація як механізм захисту виявлений на високому рівні у 44% вибірки, які схильні до інтенсивної заміни реальної або уявної нестачі, дефекту неприйнятних переживань, думок, поведінки іншими переживаннями, думками, моделями поведінки найчастіше за допомогою фантазування або привласнення цих аспектів іншої особистості. Дані аспекти не піддаються критичному аналізу, співставленню з власною системою «Я», тому не інтегруються в неї, не стають частиною «Я». А також даний механізм виявляється у схильності даних лікарів до пошуку інших сфер самозадоволення на противагу тим, які були фрустровані. При цьому засоби самовияву можуть бути як відносно конструктивними - на рівні мрій та фантазій, так і доволі деструктивними - на рівні нездатності протистояти загрозі у реальній ситуації і заміні відкритого протистояння прихованими формами: маскована агресія, хитрість, маніпуляції. Показники середнього рівня даного механізму також наближені до високих- становлять 38% вибірки, а от показники низького рівня мають значно нижчі прояви- 18 вибірки лікарів приватної клініки.

Заперечення як механізм захисту має дещо інший рівневий розподіл, майже врівноважений за рівнями: на середньому рівні у 38% вибірки, на високому та низькому – по 31% вибірки лікарів приватної клініки. Тобто, третина даних лікарів ситуаційно застосовують механізм, завдяки якому заперечується існування тих неприйнятних аспектів, які загрожують їм самозбереження, самоповазі або соціальному престижу.

Показники високого та низького рівнів даного механізму також наближені до високих- становлять по 31% вибірки лікарів приватної клініки.

На низькому у рівні у лікарів приватної клініки домінують у 44% вибірки показники двох механізмів психологічного захисту: проекція та заміщення. Тобто вказані механізми не належать до основних механізмів психологічного захисту у вибірці лікарів приватної клініки.

44% вибірки дуже обмежено застосовують проекцію як механізм, що дозволяє неприйнятні почуття і думки відділити від себе та локалізувати ззовні, приписуючи іншим, роблячи їх таким чином ніби вторинними. Ще рідше зустрічається інший вид проекції, при якому відбувається приписування іншим значущим позитивних поглядів, думок, переживань, які категоризуються як соціально схвалювані. У чверті вибірки цей механізм все ж таки застосовуються інтенсивно на високому рівні, а у майже третині на середньому рівні як ситуативний.

44% вибірки дуже обмежено застосовують заміщення як механізм, який виявляється у зміщення неприйнятних переживань та думок на інший об'єкт, який сприймається як менш загрозливий. Таким чином, пацієнт в окремих випадках може сприйматися як менш загрозливий об'єкт відносно керівника, або члени сім'ї чи інші люди за межами професійної ситуації як менш загрозливі об'єкт відносно керівника або пацієнтів. У чверті вибірки цей механізм все ж таки застосовуються інтенсивно на високому рівні, а у майже третині на середньому рівні як ситуативний.

Показники рівнів механізмів психологічного захисту  
лікарів державної клініки

Механізми психологічного захисту	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Кількість	У %	Кількість	У %	Кількість	У %
заперечення	8	50%	4	25%	4	25%
витіснення	5	31%	6	38%	5	31%
регресія	7	44%	5	31%	4	25%
компенсація	7	44%	6	38%	3	18%
проекція	4	25%	7	44%	5	31%
заміщення	4	25%	7	44%	5	31%
інтелектуалізація	4	25%	5	31%	7	44%
реактивне утворення	8	50%	4	25%	4	25%

На високому рівні у лікарів державної клініки домінують у половині вибірки (50%) показники двох механізмів психологічного захисту: заперечення та реактивне утворення.

Отже, половина лікарів державної клініки інтенсивно застосовує заперечення як основний метод захисту, завдяки якому інтенсивно заперечується існування тих неприйнятних аспектів, які загрожують їх самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу. Даний механізм при функціонуванні на високому рівні призводить до активної деформації, викривлення навколишньої дійсності та часткового до зміни структури Я-концепції самих лікарів, включаючи професійний Я-образ. А також відмітимо врівноважений за рівнями розподіл між іншими двома рівнями: по 25% на середньому та низькому у вибірці лікарів державної клініки.

Аналогічна ситуація розподілу представлена також за наступним механізмом. Половина лікарів державної клініки інтенсивно застосовує

реактивне утворення як механізм захисту, який виявляється у розвитку у лікарів протилежних до витіснених думок, почуттів, прагнень, що представляє собою певну гіперкомпенсацію. Зокрема, у половини лікарів приватної клініки даний механізм може бути описаний як такий, який такий, на основі якого жорстокість або емоційна байдужість до пацієнтів продукують жалість, дбайливість як реактивні утворення. Четверть лікарів демонструє низькі та середні показники реактивного утворення як механізму психологічного захисту.

Дещо нижчі, але також достатньо виражені високі показники наступних механізмів психологічного захисту: регресія, компенсація.

44% лікарів державної клініки застосовують регресію на високому рівні, що виявляється в униканні ними неприйнятних, травматичних переживань шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку, у прояві більш примітивних форм переживань та реакцій. Даний механізм може виявлятися у даних респондентів у вигляді схильності до заміни складних завдань на більш прості і доступні, що призводить до спрощення потенціалу та різноманіття думок, емоцій та моделей поведінки, дозволяє тимчасово адаптуватись до емоціогенних умов у професійній діяльності. Показники середнього рівня даного механізму менш виражені - у 31% вибірки, а низького у чверті вибірки.

У лікарів державної клініки компенсація як механізм має певне домінування на високому рівні у 44% вибірки: дані лікарі відрізняються готовністю до активної заміни реальної або уявної нестачі переживань, думок, поведінки іншими переживаннями, думками, моделями поведінки найчастіше за допомогою фантазування або привласнення цих аспектів іншої особистості. А також даний механізм виявляється у схильності даних лікарів до пошуку інших сфер самозадоволення на противагу тим, які були фрустровані, обираючи як відносно конструктивні засоби - на рівні мрій та фантазій, так і доволі деструктивні - на заміни відкритого протистояння прихованими формами: замаскована агресія, маніпуляції. Показники

середнього рівня даного механізму також максимально наближені до високих- становлять 38% вибірки, а от показники низького рівня мають значно нижчі прояви і становлять лише 18% вибірки лікарів державної клініки.

Специфічний для даної вибірки розподіл за рівнями має механізм витіснення, який має майже рівномірний розподіл при певній інтенсивності середніх показників.

Отже, лікарів державної клініки застосовує витіснення як ситуативний метод захисту, що виявляється у винесенні за межі власної свідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу. Майже третина вибірки має схильність до застосування витіснення як основного методу захисту та третина вибірки схильна дуже обмежено його застосовувати, хоча даний механізм є базовим для переважної більшості інших механізмів. У даній вибірці більш активним є механізм заперечення.

На низькому у рівні у лікарів державної клініки домінують у 44% вибірки показники одного механізму психологічного захисту: інтелектуалізація. На середньому у рівні у лікарів державної клініки домінують у 44% вибірки показники двох механізмів психологічного захисту: проекція та заміщення. Тобто механізм інтелектуалізації не належить до основних механізмів психологічного захисту у вибірці лікарів державної клініки. А механізми проекції та заміщення у вибірці лікарів державної клініки можна віднести до ситуативно обумовленого механізму психологічного захисту.

44% вибірки даної вибірки ситуативно застосовують заміщення, механізм дії якого виявляється у перенесенні неприйнятних переживань та думок на менш загрозливий об'єкт, у ролі якого в залежності від ситуації може виступати пацієнт, члени сім'ї, інші люди за межами професійної діяльності. Водночас кожного четвертого цей механізм все ж таки застосовуються інтенсивно на високому рівні, а у майже третини на середньому рівні як ситуативний.



Аналогічний розподіл притаманний також і проєкції як механізму: 44% вибірки ситуативно неприйнятні почуття і думки відділяють від себе та приписують іншим: до категорії проєктивних відносяться як негативні, так позитивні характеристики, але значно рідше. У чверті вибірки цей механізм все ж таки застосовуються інтенсивно на високому рівні з акцентом на приписування негативних ознак, а у майже третині на низькому рівні.

На низькому у рівні у лікарів державної клініки домінує у 44% вибірки показники одного механізму психологічного захисту: інтелектуалізація. Інтелектуалізація як механізм виявлений на високому рівні у 44% вибірки: респонденти не схильні до надмірно розумовому способу подолання фрустраційних переживань через ігнорування емоційної складової. Лише чверть вибірки застосовує власні інтелектуальні ресурси як інструмент пояснення та обґрунтування різних моделей поведінки та переживань, які сприймаються як загрозливі та неприйнятні. Показники середнього рівня даного механізму наближені до високих- становлять 38% вибірки, яка включає даний механізм ситуативно.

Для наочного порівняння нами були обрані рівневі показники тих механізмів психологічного захисту, які мають незначні та значні наочні відмінності, за якими нами було побудовано діаграми.

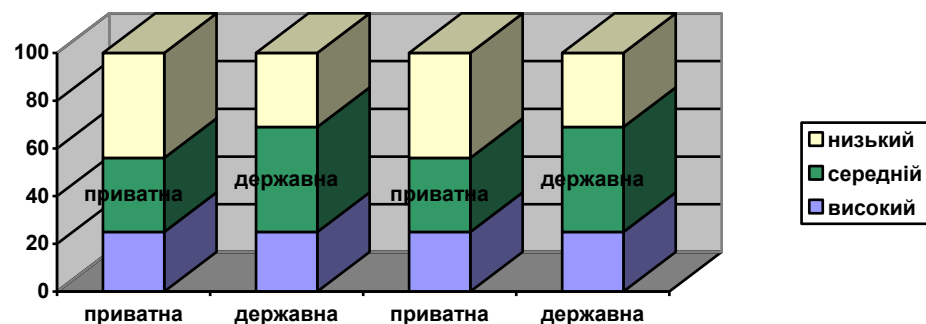


Рис.2.2.4.Процентне співвідношення рівнів механізмів проєкції та заміщення у лікарів в залежності від форми власності лікарні

Примітки:

1-2 – проєкція

### 3-4- заміщення

Для обох механізмів у лікарів характерне незначне коливання показників середнього та низького рівня: у лікарів приватної клініки обидва механізми мають дещо вищі показники низького рівня та відповідно дещо вищі низького рівня. Тобто, лікарі приватно клініки дещо частіше ситуативно схильні до перенесення неприйнятних переживань та думок на менш загрозливий об'єкт, у ролі якого в залежності від ситуації може виступати пацієнт, члени сім'ї, інші люди за межами професійної діяльності. Також лікарі приватної клініки дещо частіше ситуативно схильні неприйнятні почуття і думки приписувати іншим.

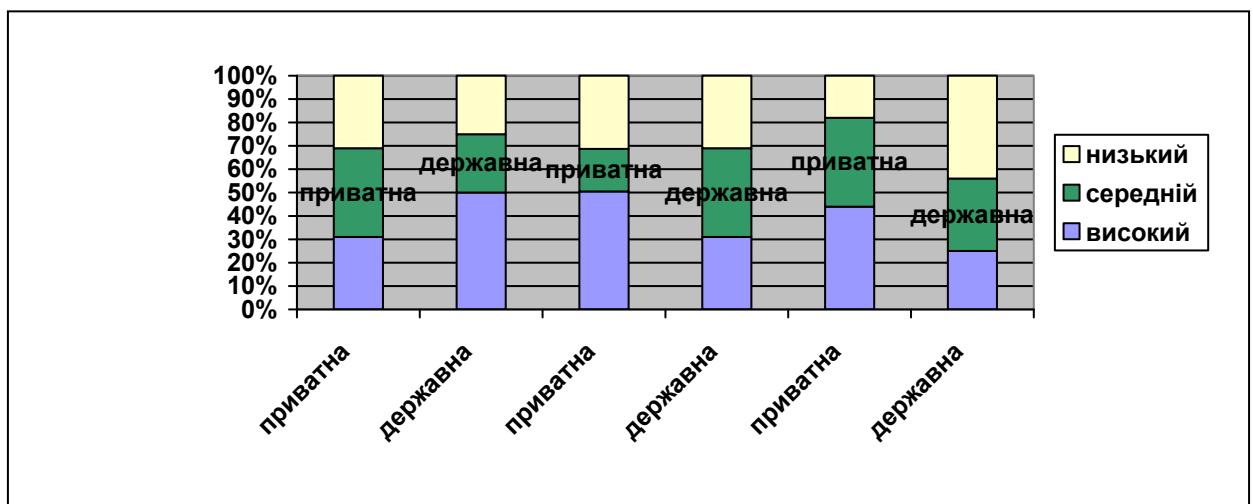


Рис.2.2.5.Процентне співвідношення рівнів механізмів заперечення, витіснення, інтелектуалізації у лікарів в залежності від форми власності лікарні

Примітки:

1-2 – заперечення

3-4- витіснення

5-6- інтелектуалізація

Для кожного з представлених трьох механізмів у лікарів приватної клініки характерна своя специфіка. Заперечення як механізм має значно рівномірніший рівневий розподіл у порівнянні з домінуванням високих показників заперечення у лікарів держаної клініки. Витіснення як механізм навпаки має домінування високих показників у порівнянні з рівномірнішим рівневим розподілом у лікарів держаної клініки. Тобто ці 2 механізми мають дзеркальне відображення у наших двох вибірках. Інтелектуалізація має незначне домінування високих показників та наближених до них середніх у порівнянні з незначним домінуванням низьких показників та наближених середніх та високих у лікарів держаної клініки.

Таблиця 2.2.5.

Показники оцінки якості сфер життя у лікарів приватної клініки

Сфери життя	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Фізична сфера	3	18%	3	18%	10	64%
Психологічна сфера	4	25%	4	25%	8	50%
Незалежність	3	18%	6	38%	7	44%
Соціальна сфера	5	31%	6	38%	5	31%
Навколишнє середовище	6	38%	5	31%	5	31%
Духовна сфера	6	38%	7	44%	3	18%

Шість сфер життя, оцінені лікарями приватної клініки, було розподілені на групи в залежності від рівня оцінки якості, що дозволило виявити ті сфери, які є найбільш стресогенними, оскільки мають домінуючі низькі показники оцінки якості.

Привертає увагу фізична сфера, оцінки за якою лікарями приватної клініки мають домінуючі, максимальні показники низького рівня. Дана тенденція є специфічною для усіх сфер життя, які піддавалися оцінці. Дана сфера включає наступний перелік трьох компонентів (субсфер): Фізичний біль і дискомфорт, Життєва активність, енергія-втома, Сон і відпочинок. Переважна більшість - 64% респондентів виявили низькі показники якості власного життя, що репрезентовано через ряд діагностичних проявів. Зокрема, респонденти зафіксували стабільний прояв наявності негативних фізичних відчуттів, власну обмежену неможливість щодо контролю життєвої активності. Домінування низьких показників у даній сфері говорить також про вираженість у них стану втоми, часто повної неспроможності робити що-небудь, пригніченості через фізичне перенапруження, часті порушення сну. Ситуативність вияву даних симптомів зафіксовано у 18% вибірки лікарів приватної клініки, а також у аналогічній кількості респондентів виявлена висока оцінка якості життя у фізичній сфері, яка не передбачає прояву даних симптомів.

Схожа тенденція, але з дещо меншим розривом між виявлена також і відносно ще однієї сфери - психологічної сфери життя. Половина вибірки лікарів приватної клініки низько оцінили якість життя за даною сферою. Дана сфера включає наступний перелік п'яти компонентів (субсфер): Емоції позитивні, Емоції негативні, Пізнавальні функції, Самооцінка, Образ тіла і зовнішність. У субсфері «Позитивні емоції» характерним є домінування низьких показників внутрішньої рівноваги та задоволення від актуальних моментів власного життя та щодо очікування власного майбутнього. У субсфері негативних емоцій активно виявлені такі емоції та стани, як: зневіра, сум, провина, нервозність, тривога, відсутність стійкого задоволення від життя в цілому. Дані лікарі доволі низько оцінюють власні пізнавальні ресурси, а саме: здатність засвоювати нове, приймати рішення, швидкість мислення. У субсфері «Самооцінка» дані респонденти у зафіксували зниження показників власної самоцінності, готовності до

самовдосконалення. Субсфера «Образ тіла і зовнішність» у них має активні показники негативного самосприймання свого тіла як частина власного «Я». вдвічі менші кількісні показники прояву даних діагностичних симптомів представлені на середньому рівні: у 25% лікарів приватної клініки вказані симптоми виявляються ситуативно та мають меншу інтенсивність прояву, виявляючись перш за все на рівні емоційної сфери. А також у 25% лікарів приватної клініки вказані симптоми не виявили при оцінки даної сфери власного життя, акцентуючи увагу домінуванні позитивних емоційних переживань як базових, на високій оцінці власної самоцінності та готовності до самовдосконалення, позитивному самосприйманні свого тіла як частині власного «Я».

Ще одна сфера життя, для якої характерне певне домінування низьких показників оцінки якості при наближених середніх – це «Незалежність», для якої низькі показник становлять 44% та середні становлять 38%. Дана сфера включає наступні субсфери: Рухливість, Здатність виконувати повсякденні справи, Залежність від ліків та лікування, Здатність до роботи. Отже, панівна більшість лікарів приватної клініки низько або посередньо оцінюють власну самостійного пересування а більше акцентують увагу на свою залежність від інших, у даному випадку це пояснюється специфікою професійної діяльності вибірки. А також респонденти відмічають низьку та середню здатність планувати та ефективно самостійно виконувати свої звичайні щоденні завдання, що зумовлює певну залежність від інших та знижує певним чином якість їхнього життя. Також відмічається певна залежність від медичного обслуговування, що застосовується для підтримки його фізичного і психологічного благополуччя на бажаному рівні. Також переважна більшість респондентів зазначають наявність проблемних моментів при оцінці робочої працездатності.

Дві наступні сфери життя мають однакову тенденцію щодо рівневого розподілу, характеризуючись приблизно однаковими показниками рівнів.

«Соціальна сфера» у вибірці лікарів приватної клініки не мають домінуючих показників, характеризуючись приблизно однаковими показниками усіх трьох рівнів при незначній інтенсивності середнього рівня. Дана сфера включає наступні субсфери: Особистісні стосунки, Практична соціальна підтримка, Сексуальна активність. Отже, третина даних лікарів висловлюють всю оцінку якості власного життя у сфері особистісних стосунків, відчуваючи дружелюбність, любов і підтримку, а також високо оцінюють свою здатність встановлювати і підтримувати емоційну близькість з іншими людьми. Інша третина зазначає наявність ситуативних проблем у сфері особистісних стосунків, зокрема, щодо бажаної емоційної близькості з іншими. І ще третина незадоволена власними особистісними стосунками, не відчувають любов і підтримку, а також виявляють не здатність встановлювати і підтримувати емоційну близькість з іншими людьми. Також лише третина лікарів даної вибірки відчуває підтримку та схвалення з боку сім'ї і друзів, ще третина має проблемні моменти у цій сфері, а ще третина не має підтримку та схвалення з боку значимих для себе інших. Аналогічна ситуація і щодо субсфери «Сексуальна активність»: третина повністю задовольняють власні сексуальні бажання, тобто їх сексуальна активність позитивно впливає на якість їхнього життя, третина має проблемні моменти, а ще третина описує себе як такі, які не здатні задовольнити свої сексуальні бажання, що негативно впливає на якість їхнього життя.

Сфера «Навколишнє середовище» у вибірці лікарів приватної клініки також не має домінуючих показників, характеризуючись приблизно однаковими показниками усіх трьох рівнів при незначній інтенсивності низького рівня. Дана сфера включає наступні субсфери: Фізична безпека та захист, Навколишнє середовище дома, Фінансові ресурси, Медична та соціальна допомога (доступність і якість), Можливості для придбання нової інформації та навичок, Можливості для відпочинку та розваг та їх використання, Навколишнє середовище (фізичні, екологічні, естетичні параметри), Транспорт. Отже, третина вибірки ситуативно переживають

почуття небезпеки і фізичної шкоди, наявність загроз своїй свободі, якість свого житла оцінюють обмежено комфортним, має часткове обмеженнями щодо задоволення потреби в здоровому і комфортабельному стилі життя, ситуативні у сфері медичної та соціальної допомоги з точки зору доступності та якості, зазначають обмежені можливості здобувати нові знання і отримувати інформацію про те, що відбувається навколо, виявили занижені можливості у розвагах і відпочинку. Третина вибірки високу задоволеність почуття безпеки, відсутність загроз своїй свободі, якість свого житла оцінюють комфортним, бажаний рівень медичної та соціальної допомоги з точки зору доступності та якості, високі можливості здобувати нові знання і отримувати інформацію про те, що відбувається навколо, достатні для них можливості у розвагах і відпочинку. І ще третина оцінили вказані моменти як значно проблемні для себе, що суттєво знижують якість життя за вказаними аспектами: загострене почуття небезпеки фізичної та психологічної, низька якість свого житла, медичної та соціальної допомоги, незадоволеність потреби в інформації та знаннях як стосовно саморозвитку, так і стосовно місцевих та світових новин, незадоволеність потреб у розвагах і відпочинку.

Специфічний розподіл за рівневими показниками має «Духовна сфера»: домінування середніх показників при максимально наближених високих та вдвічі нижчих низьких. Тобто, переважна більшість даних лікарів оцінює наявність у себе стійких особистісних переконань, які третині допомагають успішно справлятися з більшістю труднощів в своєму житті, структуруючи власний досвід, даючи певні відповіді на духовні й особистісні питання, забезпечуючи їм відчуття благополуччя, а третині допомагають справлятися з окремими життєвими труднощами. Остання третина відзначає, що не має стійкої системи особистісних переконань, релігійних вірувань, духовних цінностей, які б були джерелами комфорту, благополуччя, безпеки, осмисленості, цілеспрямованості і сили.

## Показники рівнів сфер якості життя лікарів державної клініки

Сфери життя	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Фізична сфера	3	18%	3	18%	10	64%
Психологічна сфера	4	25%	4	25%	8	50%
Незалежність	3	18%	6	38%	7	44%
Соціальна сфера	5	31%	6	38%	5	31%
Навколишнє середовище	3	18%	6	38%	7	44%
Духовна сфера	4	25%	4	25%	8	50%

Шість сфер життя, оцінені лікарями державної клініки, також було розподілені на групи в залежності від рівня оцінки якості, що дозволило виявити ті сфери, які є найбільш стресогенними, оскільки мають домінуючі низькі показники оцінки якості.

У даній вибірці також привертає увагу фізична сфера, оцінки за якою лікарями приватної клініки мають домінуючі, максимальні показники високого рівня – 64%. Дана тенденція також є специфічною для усіх сфер життя, які піддавалися оцінці. Панівна більшість даних лікарів - 64% виявили низькі показники якості власного життя: стабільний прояв наявності негативних фізичних відчуттів, обмежену неможливість щодо контролю життєвої активності, стан втоми, пригніченість через фізичне перенапруження, часті порушення сну. Ситуативність вияву даних симптомів також зафіксовано у 18% вибірки лікарів, а також у аналогічній кількості респондентів виявлена висока оцінка якості життя у фізичній сфері, яка не передбачає прояву даних симптомів.



Схожа тенденція, але з дещо меншим розривом між рівнями між виявлена також і відносно двох груп сфер: Психологічна та Духовна; Незалежність та Навколишнє середовище.

Половина вибірки лікарів державної клініки низько оцінили якість життя за даною сферою: у них відсутня внутрішня рівновага через задоволення від актуальних моментів власного життя та невідомості власного майбутнього, панування негативних через відсутність стійкого задоволення від життя в цілому, брак пізнавальних ресурсів, зниження показників власної самоцінності, активність негативного самосприймання свого тіла. Вдвічі менші показники прояву даних діагностичних симптомів представлені на середньому рівні: у 25% лікарів вказані симптоми виявляються ситуативно та мають меншу інтенсивність прояву, виявляючись перш за все на рівні емоційної сфери. А також інша чверть лікарів вказані симптоми не виявили, акцентуючи увагу домінуванні позитивних емоційних переживань, на високій оцінці власної самоцінності, готовності до самовдосконалення, позитивному самосприйманні.

Відносно показників за іншою сферою «Духовна сфера»: половина даних лікарів не здатна виявити у себе стійких особистісних переконань, які б для них були інструментами для того, щоб успішно справлятися з більшістю труднощів в своєму житті, структуруючи власний досвід, даючи певні відповіді на духовні й особистісні питання, забезпечуючи їм відчуття благополуччя. Лише чверть вибірки відзначила, що має стійкої системи особистісних переконань, релігійних вірувань, духовних цінностей, які б виступають для них джерелами душевного комфорту, благополуччя, безпеки, осмисленості та сили. Інша чверть вибірки відзначила, що має окремі особистісні переконання, релігійні вірування, але вони інколи мають які неузгоджений характер, тому лише ситуативно виступають для них джерелами душевного комфорту, благополуччя, безпеки, осмисленості та сили.

Також наступна сфера життя, для якої характерне незначне домінування низьких показників оцінки якості при наближених середніх – це «Незалежність», 44% лікарів даної вибірки низько та 38% посередньо оцінюють власну здатність самостійного пересування, акцентують увагу на свою залежність від інших, це пояснюється специфікою професійної діяльності вибірки. А також відповідно відмічають низьку та середню здатність планувати та самостійно виконувати щоденні завдання, що знижує певним чином якість їхнього життя. Також ними відмічається знижена працездатність, певна залежність від медичного обслуговування, що застосовується для підтримки його фізичного і психологічного благополуччя на бажаному рівні. Лише 18% зазначають високу задоволеність вказаних моментів.

Сфера «Навколишнє середовище» у вибірці лікарів державної клініки: 44% зазначають інтенсивність почуття небезпеки і фізичної шкоди, загроз своїй свободі, занижену якість свого житла, проблеми у сфері медичної та соціальної допомоги з точки зору доступності та якості, зазначають обмежені можливості здобувати нові знання і отримувати інформацію про те, що відбувається навколо, виявили занижені можливості у розвагах і відпочинку. Третина вибірки переживають ситуативно вказані моменти. Лише 18% оцінюють дану сферу як таку, яка наповнена почуття безпеки відсутності загроз своїй свободі, високою якістю житла, повним задоволення потреби в здоровому і комфортабельному стилі життя, медичній та соціальній допомозі з точки зору доступності та якості, зазначають достатні для них можливості здобувати нові знання і отримувати інформацію про те, що відбувається навколо, реалізувати свої потреби можливості у розвагах і відпочинку.

Окремо стоїть лише одна сфера, що має майже рівномірний розподіл, це «Соціальна сфера». 38% лікарів державної клініки посередньо оцінюють якість особистісних стосунків, лише в обмежених контактах відчуваючи дружелюбність, любов і підтримку, а також відповідно свою обмежено

оцінюють свою здатність встановлювати і підтримувати емоційну близькість з іншими людьми, їх сексуальна пасивність негативно впливає на якість їхнього життя. 31% наявність значних проблем у сфері особистісних стосунків, зокрема, щодо бажаної емоційної близькості з іншими. І ще 31% задоволена власними особистісними стосунками, у яких відчують любов і підтримку, а також самі виявляють здатність встановлювати і підтримувати емоційну близькість з іншими, задоволені власним сексуальним життям, що позитивно впливає на якість їхнього життя.

Для наочного порівняння нами були обрані рівневі показники тих сфер життя, які мають наочні відмінності, за якими нами було побудовано діаграми.

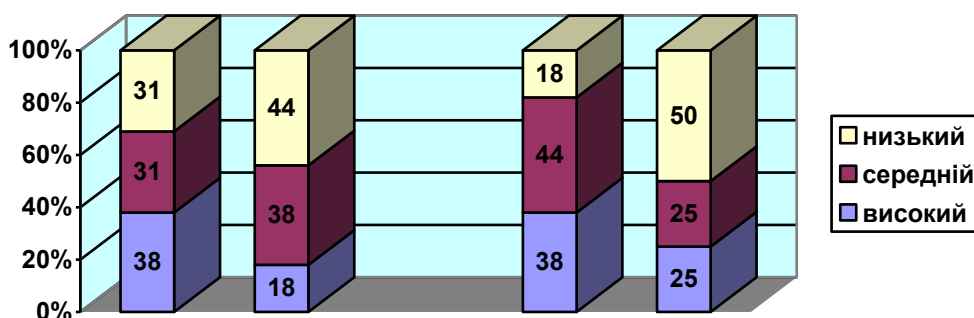


Рис.2.2.6.Процентне співвідношення рівнів оцінки якості сфер життя у лікарів в залежності від форми власності лікарні

Примітки:

- 1 –сфера «Навколишнє середовище» у лікарів приватної клініки
- 2 –сфера «Навколишнє середовище» у лікарів приватної клінік
- 3- «Духовна сфера» у лікарів приватної клініки
- 4-«Духовна сфера» у лікарів приватної клініки

У лікарів приватної клініки вдвічі вищі показники високої задоволеності у даній сфері, тобто вони вдвічі частіше зазначають переживання почуття безпеки, відсутності загроз своїй свободі, високу якість свого житла, адекватність медичної та соціальної допомоги з точки зору доступності та якості, високі можливості здобувати нові знання, отримувати інформацію

про те, що відбувається навколо, можливості у розвагах і відпочинку. А також у лікарів приватної клініки нижчі показники сприймання навколишнього середовища як такого, яке негативно впливає на їх якість життя через шум, забруднення, клімат, неестетичні характеристики, небезпеку і фізичну шкоду.

На представленій діаграмі наочно помітно відмінності у оцінці якості власного життя лікарями двох вибірок за сферою «Духовна сфера».

У лікарів приватної клініки майже втричі нижчі показники відсутності та нестійкості особистісних переконань, які для них не можуть бути інструментами успішного вирішення труднощів у житті, не здатні допомогти їм структурувати їх досвід, надати відповіді на духовні й особистісні питання, забезпечити відчуття благополуччя. Тобто, у лікарів приватної клініки оцінки «Духовної сфери» має більш конструктивний характер, відрізняючись вищою стійкістю системи особистісних переконань, релігійних вірувань, духовних цінностей, які для них виступають джерелами душевного комфорту, благополуччя, безпеки, осмисленості та сили.

### **2.3. Математичний аналіз встановлення особливостей копінг-поведінки лікарів приватної клініки**

Для математичної обробки отриманих нами даних було обрано критерій Манна-Уїтні. U-критерій Манна-Уїтні (англ. *Mann — Whitney U-test*) — непараметричний статистичний критерій, що використовується для оцінки різниці між двома вибірками, дозволяючи виявити відмінності в значенні окремого параметра між малими за обсягом вибірками.

У нашому дослідженні було вивчено та проаналізовано наступні 5 копінг-стратегій:

#### **1. Активна**

2. Пасивна
3. Просоціальна
4. Асоціальна
5. Пряма
6. Непряма

Виходячи з результатів попереднього кількісного аналізу для вторинного, математико-статистичного аналізу нами було обрані ті копінг-стратегій, які потенційно можуть мати специфіку у лікарів приватної клініки у порівнянні з лікарями державної клініки.

Для порівняльного аналізу було обрано 3 копінг- стратегії:

1. пасивна
2. асоціальна
3. пряма

Таблиця 2.3.1

Значимі відмінності у копінг-стратегіях лікарів приватної клініки

Копінг-стратегії	Рівень значимості
Пасивна копінг-стратегія	0,05*
Асоціальна копінг-стратегія	0,05*
Пряма копінг-стратегія	0,01*

Лікарі приватної клініки інтенсивніше, ніж лікарі державної клініки, демонструють більшу схильність до інтенсивного обдумування і ретельного аналізу всіх можливих варіантів, застосування більш часу для зважування всіх можливих варіантів, прагнення до уникання ризику, виявляючи тим самим більш активно пасивну копінг-стратегію.

Лікарі приватної клініки менш активно, ніж лікарі державної клініки, демонструють схильність до високої імпульсивності при складних емоціогенних ситуаціях, більша їх частина з них здатна виявляти імпульсивність на рівні першої реакції, яка згодом поступається поміркованості, інтелектуальному аналізу складових емоціогенної ситуації.

Тобто, лікарі приватної клініки менш інтенсивно застосовують пряму копінг-стратегію як часто застосовану копінг-стратегію.

Лікарі приватної клініки значно рідше, ніж лікарі державної клініки, демонструють високу готовність до прояву асоціальних моделей поведінки, пов'язаних із тенденцією виходити за соціальні нормативи, виявляти егоцентризм, прагнення до задоволення лише власних бажань, не зважаючи на інтереси інших у складних емоціогенних ситуаціях. Тобто, асоціальна копінг-стратегія не входить до категорії базових копінг-стратегій даної вибірки.

Таблиця 2.3.2

Значимі відмінності у механізмах психологічного захисту  
лікарів приватної клініки

Механізми психологічного захисту	Рівень значимості
Витіснення	0,05*
Заперечення	0,05*
Інтелектуалізація	0,01*

Лікарі приватної клініки механізм психологічного захисту витіснення застосовують в цілому активніше, ніж лікарі державної клініки, що виявляється у винесенні ними за межі власної свідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу, оскільки даний механізм є базовим для переважної більшості інших механізмів.

Заперечення як механізм психологічного захисту у лікарів приватної клініки менш активно виявлений, тобто вони схильні не так інтенсивно заперечувати існування тих неприйнятних аспектів, які загрожують їх самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу. Що можна відмітити як певним чином позитивну тенденцію, оскільки даний механізм при функціонуванні на високому рівні призводить до активної деформації, викривлення навколишньої дійсності та часткового до зміни структури Я-концепції особистості, включаючи її професійний Я-образ.

Лікарі приватної клініки клініки мають значно вищі показники частоти застосування механізму інтелектуалізації: вони більш схильні до розумового способу подолання фрустраційних переживань через ігнорування емоційної складової. Даний механізм у них виявляється у заміні емоційних переживань, які викликані неприємною або суб'єктивно неприйнятною ситуацією, логічними міркуваннями при наявності переконливих доказів на користь протилежного. Таким чином, інтелектуальні ресурси застосовуються як інструмент пояснення та обґрунтування різних моделей поведінки та переживань, які сприймаються як загрозливі та неприйнятні, але водночас знецінюються емоційні переживання.

З усіх сфер життя, які подівалися оцінці в обох вибірках лікарів, значимі відмінності були виявлені лише в одній сфері- «Духовна сфера».

Таблиця 2.3.3

Значимі відмінності у в оцінці якості «Духовної сфери» життя лікарів приватної клініки

Сфери життя	Рівень значимості
Духовна сфера	0,05*

Лікарі приватної клініки клініки у переважній більшості вище оцінюють якість даної сфери власного життя: зазначають наявність у себе стійких особистісних переконань, які допомагають успішно справлятися з більшістю труднощів в житті, структуруючи їх власний досвід, даючи відповіді на духовні й особистісні питання. Тобто, у лікарів приватної клініки дана сфера має більш конструктивний характер, відрізняючись вищою стійкістю системи особистісних переконань, релігійних вірувань, духовних цінностей, які для них виступають джерелами душевного комфорту, благополуччя, безпеки, осмисленості та сили.

## Висновок до розділу 2

Лікарі приватної клініки лікарі застосовують асертивні дії в цілому по вибірці на середньому рівні, активно відстоюючи свої погляди, поважаючи при цьому інтереси оточуючих. За протилежним критерієм «пасивність» помітне яскраве домінування середніх показників у половині вибірки, яка демонструє схильність до обдумування і ретельного аналізу всіх можливих варіантів, прагнення уникати ризику.

За критерієм «просоціальність» у вибірці лікарів приватної клініки домінування високих показників при спадаючій тенденції середніх та низьких: вони схильні ініціювати соціальні контакти та шукати у них соціальну підтримку у складних емоціогенних ситуаціях, довіряючи та розраховуючи на ці зовнішні ресурси як допоміжні. За протилежним критерієм «асоціальність»: більшість лікарів не виявляє асоціальні моделі поведінки.

За критерієм «прямий-непрямий» копінг у лікарів приватної клініки значна частина поєднує обидві ці стратегії на середньому та низькому рівнях тобто, вони бути імпульсивні на рівні першої реакції складних емоціогенних ситуаціях, але також схильні до ситуативного або обмеженого застосування маніпулятивних дій.

На високому рівні у лікарів приватної клініки домінують у половині вибірки показники двох механізмів психологічного захисту: витіснення та реактивне утворення. Половина лікарів приватної клініки інтенсивно застосовує витіснення як основний метод захисту інфантильного «Я», функціонування якого виявляється у винесенні за межі свідомості до несвідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу. Також половина застосовує реактивне утворення як механізм психологічного захисту, який виявляється у розвитку у лікарів протилежних до витіснених думок, почуттів, прагнень, що представляє собою певну гіперкомпенсацію.



Дещо нижчі, але також достатньо виражені високі показники наступних трьох механізмів психологічного захисту: регресія, компенсація, інтелектуалізація. Лікарі приватної клініки активно застосовують регресію на високому рівні, що виявляється у униканні травматичних переживань шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку, прояв більш примітивних форм переживань та реакцій. Інтелектуалізація як механізм захисту виявлений на високому рівні у 44% вибірки, які схильні до надмірно розумовому способі подолання фрустраційних переживань через ігнорування емоційної складової. Компенсація як механізм захисту виявлений на високому рівні у 44% вибірки, які схильні до інтенсивної заміни реальної або уявної нестачі, дефекту неприйнятних переживань, думок, поведінки іншими переживаннями, думками, моделями поведінки найчастіше за допомогою фантазування або привласнення цих аспектів іншої особистості.

Заперечення як механізм захисту має дещо інший рівневий розподіл, майже врівноважений за рівнями. На низькому у рівні у лікарів приватної клініки домінують у 44% вибірки показники двох механізмів психологічного захисту: проекція та заміщення.

Шість сфер життя, оцінені лікарями приватної клініки, було розподілені на групи в залежності від рівня оцінки якості, що дозволило виявити ті сфери, які є найбільш стресогенними, оскільки мають домінуючі низькі показники оцінки якості.

Фізична сфера має максимальні показники низького рівня. Дана тенденція є специфічною для усіх сфер життя, які піддавалися оцінці. Респонденти зафіксували стабільний прояв наявності негативних фізичних відчуттів, власну обмежену неможливість щодо контролю життєвої активності.

Половина вибірки лікарів приватної клініки низько оцінила якість життя за психологічною сферою за показниками внутрішньої рівноваги та задоволення від актуальних моментів та очікування власного майбутнього,

негативні емоції та стани, здатність засвоювати нове, приймати рішення, швидкість мислення, власної самооцінності, готовності до самовдосконалення, негативного самосприймання свого тіла

Домінування низьких показників оцінки якості при наближених середніх притаманне для сфери «Незалежність»: більшість лікарів приватної клініки низько або посередньо оцінюють власну самостійного пересування а більше акцентують увагу на свою залежність від інших, у даному випадку це пояснюється специфікою професійної діяльності вибірки.

«Соціальна сфера» у вибірці лікарів приватної клініки не мають домінуючих показників, характеризуючись приблизно однаковими показниками усіх трьох рівнів при незначній інтенсивності середнього рівня щодо оцінки якості власного життя у сфері особистісних стосунків, відчуваючи дружелюбність, любов і підтримку, а також високо оцінюють здатність підтримувати емоційну близькість з іншими людьми.

Сфера «Навколишнє середовище» у вибірці лікарів приватної клініки також не має домінуючих показників: третина вибірки ситуативно переживають почуття небезпеки і фізичної шкоди, наявність загроз своїй свободі, якість свого житла оцінюють обмежено комфортним.

Специфічний розподіл за рівневими показниками має «Духовна сфера»: домінування середніх показників при максимально наближених високих та вдвічі нижчих низьких. Тобто, переважна більшість даних лікарів оцінює наявність у себе стійких особистісних переконань, які третині допомагають успішно справлятися з більшістю труднощів в своєму житті, структуруючи власний досвід, даючи певні відповіді на духовні й особистісні питання, забезпечуючи їм відчуття благополуччя, а третині допомагають справлятися з окремими життєвими труднощами.

На основі аналізу математичної обробки отриманих даних при порівнянні з вибіркою лікарів державної клініки нами були виявлені специфічні особливості вибірки лікарів приватної клініки.

Лікарі приватної клініки інтенсивніше демонструють схильність до ретельного аналізу всіх можливих варіантів, застосування більш часу для зважування всіх можливих варіантів, прагнення до уникання ризику. При цьому вони менш активно демонструють схильність до високої імпульсивності при складних емоційних ситуаціях, більша їх частина з них здатна виявляти імпульсивність на рівні першої реакції, яка згодом поступається поміркованості, інтелектуальному аналізу складових емоційної ситуації. А також значно рідше демонструють високу готовність до прояву асоціальних моделей поведінки, пов'язаних із тенденцією виходити за соціальні нормативи, виявляти егоцентризм, прагнення до задоволення лише власних бажань, не зважаючи на інтереси інших у складних емоційних ситуаціях.

Лікарі приватної клініки механізм витіснення застосовують в цілому активніше, що виявляється у винесенні ними за межі власної свідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу. Заперечення як механізм у них менш активно виявлений, вони схильні не так інтенсивно заперечувати існування тих неприйнятних аспектів, які загрожують їх самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу. Вони мають значно вищі показники механізму інтелектуалізації: вони більш схильні до надмірно розумового способу подолання фрустраційних переживань через ігнорування емоційної складової.

З усіх сфер життя, які подівалися оцінці в обох вибірках лікарів, значимі відмінності були виявлені лише в одній сфері- «Духовна сфера». Лікарі приватної клініки у переважній більшості вище оцінюють якість даної сфери власного життя: зазначають наявність у себе стійких особистісних переконань, які допомагають успішно справлятися з більшістю труднощів в житті, структуруючи їх власний досвід, даючи відповіді на духовні й особистісні питання.

## **РОЗДІЛ 3.**

### **ПСИХОЛОГІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ КОНСТРУКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ЛІКАРІВ**

#### **3.1. Модель психологічного розвитку конструктивних копінг-стратегій лікарів**

З врахуванням специфіки професійної діяльності вибірки лікарів у сучасних умовах пандемії найбільш ефективною, з нашої точки зору, є така технологія допомоги, як психологічний розвиток конструктивної копінг-поведінки.

Також при побудові 3 практичного розділу ми врахували і актуальні умови професійної діяльності медиків, які на даний момент практично зводять до мінімуму ймовірність їх активного самостійного звернення за індивідуальною психологічною допомогою в силу як соціальних, так і індивідуальних обмежень.

Тому модель психологічного розвитку конструктивної копінг-поведінки лікарів, побудована на основі типологічних закономірностей прояву копінг-стратегій при врахування основних стресогенних сфер може бути інструментом для проведення як групових, так і індивідуальних форм психологічної допомоги, а також може бути використана індивідуально самими респондентами у приватному порядку. В основу даної моделі психологічного супроводу були покладені результати нашого емпіричного дослідження, наведені у розділі 2.

Психологічний супровід лікарів, у яких за критерієм «активність-пасивність» домінують показники пасивної копінг-стратегії та знижені показники активної копінг-стратегії має включати наступні завдання:

1. формування здатності визначати у стресогенних умовах змістовні характеристики ситуації,

2. аналіз традиційних для себе стратегій поведінки у типових стресогенних умовах,

3. розвиток асертивності щодо відстоювання своїх поглядів у різноманітних ситуаціях тиску у стресогенних умовах,

4. розвиток навичок контролю власних меж та меж інших учасників взаємодії,

5. розвиток навичок відкрито заявляючи про свої цілі і наміри, відстоювати власну позицію

6. виявлення оптимальних часових ресурсів для обдумування і ретельного аналізу всіх можливих варіантів поведінки у стресогенних умовах,

7. аналіз власних можливостей щодо аналізу та прийняття нового досвіду виходу за межі традиційних, звичних моделей поведінки, аналізу нових, більш незвичних, ризикованих варіантів виходу зі стресових ситуацій.

Психологічний супровід лікарів, у яких за критерієм «про соціальність-асоціальність» домінують показники асоціальної копінг-стратегії та знижені показники просоціальної копінг-стратегії має включати наступні завдання:

1. формування здатності аналізувати соціальні норми, характеристики різноманітних стресогенних ситуацій,

2. аналіз власних навичок адекватності розуміння власних норм, норм інших та професійних норм на прикладі різних ситуацій,

3. аналіз проявів егоцентризму у традиційних для себе моделях поведінки,

4. виявлення власних вторинних вигод та втрат при виборі егоцентричної позиції ,

5. розвиток навичок виявлення балансу власних потреб, інтересів та потреб, інтересів інших учасників соціальної взаємодії,

6. аналіз власної активності щодо ініціювання соціальних контактів та пошуку у них соціальної підтримки у складних емоціогенних ситуаціях,

7. розвиток навичок виявлення балансу власних ресурсів та ресурсів інших учасників соціальної взаємодії,

8.аналіз власної сфери соціальних контактів як джерела пошуку конструктивних зовнішніх ресурсів.

Психологічний супровід лікарів, у яких за критерієм «пряма-непряма стратегія» домінують показники непрямой копінг-стратегії та знижені показники прямої копінг-стратегії може будуватися на наступних завданнях:

1. аналіз традиційних для себе проявів імпульсивності у типових стресогенних умовах,

2. формування вмінь виявляти та контролювати імпульсивність на рівні першої реакції складних емоціогенних ситуаціях, керувати своїми емоціями, розвиток емоційної гнучкості у емоціогенних ситуаціях;

3. аналіз традиційних для себе проявів схильності до маніпулятивної взаємодії у типових стресогенних умовах,

4. виявлення власних вторинних вигод та втрат при виборі маніпулятивної позиції ,

5. розвиток навичок побудови балансу власних вигод та втрат та вигод і втрат інших учасників соціальної взаємодії,

6. виявлення ознак прояву маніпуляцій з боку інших у стресогенних умовах.

Наведемо методи роботи, рекомендовані нами для представлених вище завдань психологічного супроводу:

- самоаналіз (щоденник)
- кейс-техніки
- тренінгові індивідуальні вправи
- тренінгові групові рольові ігри
- групова дискусія
- аутотренінг
- проективне малювання

- коучинг
- ментальна карта.

Надалі представимо зведену таблицю з переліком конкретних технік із зазначенням їх призначення у відповідності до конкретних копінг-стратегій.

Таблиця 3.1.1

### Техніки для психологічного супроводу

	Завдання психологічного супроводу	Перелік технік
1	<p><b>Розвиток активної копінг-стратегії</b></p> <p>1. формування здатності визначати у стресогенних умовах змістовні характеристики ситуації</p> <p>2. аналіз традиційних для себе стратегій поведінки у типових стресогенних умовах,</p> <p>3. розвиток асертивності щодо відстоювання своїх поглядів у різноманітних ситуаціях тиску у стресогенних умовах</p>	<p>1.1. Техніка «Мій ситуаційний щоденник»</p> <p>1.2. Кейс «SWOT-аналіз»</p> <p>2.1. Тренінгова вправа «1-2-3-4-5» (типові стратегії)</p> <p>2.2. Техніка МАК «Тварина у конфлікті» (аналіз стратегій через асоціації з метафоричними картами)</p> <p>3.1. Кейс «Я-невпевнений» (виявлення неасертивних моделей поведінки)</p> <p>3.2. Кейс «Я-асертивний» (апробація асертивних моделей поведінки)</p>

## Техніки для психологічного супроводу

	Завдання психологічного супроводу	Перелік технік
	<p>4. розвиток навичок контролю власних меж та меж інших учасників взаємодії,</p> <p>5. розвиток навичок висловлювати та відстоювати власну позицію</p> <p>6. виявлення оптимальних часових ресурсів для аналізу варіантів поведінки у стресогенних умовах</p> <p>7. аналіз нових, більш незвичних, ризикованих варіантів виходу зі стресових ситуацій</p>	<p>4.1. Техніка візуалізації «Мої емоції-Мої потреби- Мої межі- Мої дії»</p> <p>4.2. Вправа «Психологічна скульптура»</p> <p>5.1. Групова вправа «Мої цілі- цілі інших»</p> <p>5.2. Тренінгова вправа « Розмова через скло»</p> <p>6.1. Тренінгова вправа «Тайм-менеджмент Я»</p> <p>7.1. Техніка «Мій щоденник ризику»</p> <p>7.2. Техніка самоаналізу «Я відчуваю зараз.....».</p> <p>7.3. Техніка візуалізації «Мої ситуації-Мої ризики- Мої емоції- Мої дії»</p>
2	<p><b>Розвиток просоціальної копінг-стратегії</b></p> <p>1. формування здатності аналізувати соціальні норми.</p>	<p>1.1. Техніка «Щоденник моїх соціальних ролей»</p>



## Техніки для психологічного супроводу

	Завдання психологічного супроводу	Перелік технік
	<p>2. аналіз навичок адекватності розуміння власних норм та професійних норм</p> <p>3. аналіз проявів егоцентризму у традиційних для себе моделях поведінки</p> <p>4. виявлення власних вторинних вигод та втрат при виборі егоцентричної позиції</p> <p>5. розвиток навичок виявлення балансу власних потреб, інтересів та потреб, інтересів інших учасників соціальної взаємодії,</p> <p>6. аналіз здатності ініціювання соціальних контактів та пошуку у них соціальної підтримки у емоційногенних ситуаціях</p> <p>7. розвиток навичок балансування власних та зовнішніх ресурсів</p>	<p>2.1. Техніка «Щоденник моїх професійних обмежень»</p> <p>3.1. Техніка «Щоденник моїх егоцентричних Я»</p> <p>4.1. Кейс «Мої вигоди, якщо....»</p> <p>4.2. Кейс «Мої втрати, якщо....»</p> <p>5.1. Коуч-техніка «Колесо балансу»</p> <p>5.2. Аутогенне тренування</p> <p>5.3. Тренінгова групова вправа «Спільна дія»</p> <p>6.1. Техніка самоаналізу «Я відчуваю, що інші...».</p> <p>6.2. Коучингова вправа «Запитати-прийняти ресурс іншого»</p> <p>7.1. Коуч-техніка «Колесо ресурсів»</p> <p>7.2. Техніка самоаналізу «Я відчуваю зараз.....».</p>

## Техніки для психологічного супроводу

	Завдання психологічного супроводу	Перелік технік
	8.аналіз власної сфери соціальних контактів як джерела ресурсів	8.1.Ментальна карта «Карта зовнішніх ресурсів» 8.2.Групова дискусія «Межі застосовування зовнішніх ресурсів» 8.3. Кейс «Мої ресурси, якщо....
3	<b>Розвиток прямої копінг-стратегії</b>  1. аналіз традиційних для себе проявів імпульсивності у типових стресогенних умовах  2. формування вмінь виявляти та контролювати імпульсивність, керувати емоціями, розвиток емоційної гнучкості у емоціогенних ситуаціях  3. аналіз проявів схильності до маніпулятивної взаємодії	1.1.Тренінгова вправа «Відображення» 1.2.Кейс «Мої прояви імпульсивності» 1.3.Тренінгова вправа «Модель імпульсивності» (ситуація успіху та ситуація неуспіху)  2.1.Тренінгова вправа «Мої переживання» 2.2.Проективний малюнок «Колір моїх емоцій» 2.3.Кейс «Мої складні ситуації-мої емоції»  3.1. Тренінгова вправа «Тінь» 3.2. Техніка самоаналізу «Я відчуваю зараз.....» 3.3.Ментальна карта «Індивідуальна карта маніпуляцій»

## Техніки для психологічного супроводу

	Завдання психологічного супроводу	Перелік технік
	<p>4.виявлення власних вторинних вигод та втрат при виборі маніпулятивної позиції</p> <p>5.розвиток навичок побудови балансу власних вигод та втрат та вигод і втрат інших учасників соціальної взаємодії</p> <p>6.виявлення ознак прояву маніпуляцій з боку інших у стресогенних умовах</p>	<p>4.1. Рольова гра «Скажи так-скажи ні»</p> <p>4.2.Коучингова техніка «Вторинні вигоди»</p> <p>5.1.Рольова гра «Лікар-пацієнт-лікар»</p> <p>5.2.Коучингова техніка «Матриця баланс »</p> <p>5.3.Проективний малюнок «Я та інші: втрати-вигоди-баланс»</p> <p>6.1.Кейс «Мої дії, якщо мною . маніпулюють...»</p> <p>6.2.Техніка візуалізації «Мої стресори-Мої емоції- Мої дії при маніпуляціях»</p>

Застосування переліку описаних технік у відповідності до вказаних завдань, з нашої точки зору, може забезпечити умови для психологічного розвитку конкретних конструктивних стратегій у лікарів та цілісної конструктивної копінг - поведінки в цілому.

### Висновки до розділу 3

У даному розділі нами було обгрунтовано роль психологічного розвитку конструктивних стратегій у лікарів та цілісної конструктивної копінг - поведінки в цілому.

В основі моделі психологічного розвитку нами було покладено покладені результати емпіричного дослідження, представлені у другому розділі дипломної роботи.

Також при побудові технології роботи з лікарями ми врахували і актуальні умови професійної діяльності медиків, тому її побудова на основі типологічних закономірностей копінг-стратегій при врахування основних стресогенних сфер може бути інструментом для проведення як групових, так і індивідуальних форм психологічної допомоги та самодопомоги.

Нами було визначено перелік завдань для трьох категорій лікарів в залежності від типологічних показників прояву копінг-стратегій за наступними критеріями:

- 1.домінують показники пасивної копінг-стратегії та знижені показники активної копінг-стратегії,
- 2.домінують показники асоціальної копінг-стратегії та знижені показники просоціальної копінг-стратегії ,
- 3.домінують показники непрямой копінг-стратегії та знижені показники прямої копінг-стратегії.

Також було визначено основні методи психологічної роботи в межах нашої моделі: самоаналіз (щоденник), кейс-техніки, тренінгові індивідуальні вправи, тренінгові групові рольові ігри, групова дискусія, аутотренінг, проективне малювання, коучинг, ментальна карта.

Також нами було сформульовано перелік технік із зазначенням їх призначення у відповідності поставлених цілей моделі психологічного розвитку конструктивних копінг-стратегій лікарів.

## ВИСНОВКИ

1.Копінг- поведінка – це система взаємодії особистості з параметрами стресогенної ситуації з метою оволодіти, звикнути або ухилитися від її вимог.

Реагування та емоціогенні, складні ситуації може відбуватися двома способами: свідомі копінг-стратегії та автоматичні механізми психологічного захисту. Якщо психологічний захист трактується як несвідома відмова від вирішення проблеми шляхом конкретних дій або бездіяльності заради збереження комфортного стану, то копінг-стратегії розглядаються як прояви свідомого опанування.

Вказані моменти актуальні для аналізу ряду професійних, для яких дана проблематика є значимою, виходячи зі специфіки їх професійної діяльності та актуальних умов її реалізації. Даний момент буде нами розглянутий на прикладі вивчення копінг-поведінки лікарів у умовах пандемічної загрози.

2.Були виявлені базові копінг-стратегії у лікарів приватної клініки.

Лікарі приватної клініки за критерієм «активність-пасивність» мають певну врівноваженість ріневих показників активного копіngu, а також більш домуючі середнього рівня пасивної копінг-стратегії: вони помірковано застосовують асертивні дії, активно відстоюючи свої погляди, поважаючи при цьому інтереси оточуючих. Водночас вибірка демонструє схильність до обдумування і ретельного аналізу всіх можливих варіантів, прагнення уникати ризику. Лікарі схильні ініціювати соціальні контакти та шукати у них соціальну підтримку у складних емоціогенних ситуаціях, довіряючи та розраховуючи на ці зовнішні ресурси як допоміжні. За протилежним критерієм «асоціальність»: більшість лікарів не виявляє асоціальні моделі поведінки.За критерієм «прямий-непрямий копінг» значна частина лікарів поєднує обидві ці стратегії на середньому та низькому рівнях, тобто, вони імпульсивні на рівні першої реакції у складних емоціогенних ситуаціях, але

також схильні до ситуативного або обмеженого застосування маніпулятивних дій.

3. Були виявлені домінуючі механізми психологічного захисту у лікарів приватної клініки. На високому рівні у половині вибірки показники двох механізмів захисту: витіснення та реактивне утворення. Отже, більшість лікарів застосовує винесення за межі свідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу, а також розвиток протилежних до витіснених думок, почуттів, що представляє собою певну гіперкомпенсацію. Дещо нижчі показники активності прояву трьох механізмів захисту: регресія, компенсація, інтелектуалізація на високому рівні. Лікарі приватної клініки менш схильні до уникання травматичних переживань шляхом переходу до більш примітивних форм переживань та реакцій, застосування розумового способу подолання через ігнорування емоційної складової, до заміни неприйнятних переживань, думок іншими переживаннями, думками за допомогою фантазування або привласнення цих аспектів іншої особистості. Проекція та заміщення як механізми як механізми мають найменші показники прояву у лікарів приватної клініки.

4. Шість сфер життя було розподілені на групи в залежності від оцінки якості, що дозволило виявити ті сфери, які є найбільш стресогенними, оскільки мають домінуючі низькі показники оцінки якості.

Фізична сфера має максимальні показники низького рівня: респонденти зафіксували стабільний прояв наявності негативних фізичних відчуттів, власну обмежену неможливість щодо контролю життєвої активності. Половина вибірки лікарів приватної клініки низько оцінила якість життя за психологічною сферою, тобто за показниками внутрішньої рівноваги, задоволення від актуальних моментів та очікування власного майбутнього, здатності засвоювати нове, приймати рішення, власна самооцінність, що виявляється у домінуванні негативних емоцій, негативному самосприйманні власного тіла. Більшість лікарів приватної клініки низько або посередньо оцінюють власну самостійність, а більше акцентують увагу

на свою залежність від інших (сфера «Незалежність»). «Соціальна сфера» характеризується незначним домінуванням низьких показників при наближених середніх: лікарі зазначають ситуативність або обмеженість здатності підтримувати емоційну близькість з іншими людьми. Дещо більше третини даних лікарів має почуття безпеки, майже третина ситуативно та третина постійно відчуває наявність загроз своїй свободі (сфера «Навколишнє середовище»). Специфічний розподіл за показниками має «Духовна сфера»: переважна більшість даних лікарів оцінює наявність у себе стійких особистісних переконань, які значній більшості допомагають ситуативно або постійно успішно справлятися з більшістю труднощів в своєму житті, структуруючи власний досвід, даючи певні відповіді на духовні й особистісні питання, забезпечуючи їм відчуття благополуччя.

5. На основі аналізу математичної обробки отриманих даних при порівнянні з вибіркою лікарів державної клініки нами були виявлені специфічні особливості вибірки лікарів приватної клініки.

Лікарі приватної клініки інтенсивніше демонструють схильність до ретельного аналізу всіх можливих варіантів, до уникання ризику у стресогенних ситуаціях. При цьому вони менш активно демонструють схильність до високої імпульсивності, здатні виявляти імпульсивність на рівні першої реакції, яка згодом поступається поміркованості, інтелектуальному аналізу складових ситуації. А також значно рідше демонструють високу готовність до прояву асоціальних моделей поведінки, пов'язаних із тенденцією прагнення до задоволення лише власних бажань, не зважаючи на інтереси інших у складних емоціогенних ситуаціях.

Лікарі приватної клініки механізм витіснення застосовують в цілому активніше, що виявляється у винесенні ними за межі власної свідомості неприйнятних бажань, думок, почуттів, що викликають тривогу. Заперечення як механізм у них менш активно виявлений, вони схильні не так інтенсивно заперечувати існування тих неприйнятних аспектів, які



загрожують їх самозбереженню або соціальному престижу. Вони мають значно вищі показники механізму інтелектуалізації: вони більш схильні до надмірно розумового способу подолання фрустраційних переживань.

З усіх сфер життя значимі відмінності були виявлені лише в одній сфері-«Духовна сфера». Лікарі приватної клініки вище оцінюють якість даної сфери власного життя: зазначають наявність у себе стійких особистісних переконань, які допомагають успішно справлятися з більшістю труднощів в житті, даючи відповіді на духовні й особистісні питання.

6.Було створено модель психологічного розвитку конструктивних копінг-стратегій для трьох категорій лікарів в залежності від типологічних показників прояву копінг-стратегій. Для кожної з коінг-стратегій нами було сформульовано задання, визначені основні методи та техніки.Враховуючи специфіку професійної діяльності вибірки та актуальну епідеміологічну ситуацію, апробувати та реалізувати створену модель психологічного розвитку виявилось проблематично, тому робимо акцент на її теоретичному аналізі, а також на ознайомленні зацікавлених респондентів з її змістом для можливості її застосування в індивідуальній формі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахманов Р.А. Социально-психологический подход к анализу совладающего поведения // Вестник Московского государственного областного университета: серия «Психологические науки». – М. : МГОУ, 2009. – № 4 – С. 61–65.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, трансформация ситуаций и психологическая защита. Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–19.
3. Аракелов Г. Г. Стресс и его механизмы / Г. Г. Аракелов // Вестн. Москов. ун-та. – 1995. – № 4. – С. 45–54. – (Сер.14 «Психология»).
4. Артюхіна Н.В Базові складові життєтворчості особистості. Збірник наукових праць Теорія і практика сучасної психології. Класичний приватний університет, м. Запоріжжя, Т.1, №2, 2019, стор. 10-16.
5. Артюхіна Н.В., Бадю О.А. Психологічні межі та механізми захисту як адаптивний потенціал особистості. Збірник наукових праць Теорія і практика сучасної психології. Класичний приватний університет, м. Запоріжжя, Т.1, №3, 2019 рік, стор. 10-16.
6. Асеева Инна Николаевна, Попкова Юлия Александровна Взаимосвязь оптимизма и копинг-стратегий поведения у медицинских работников различных специализаций // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. 2011. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-optimizma-i-koping-strategiy-povedeniya-u-meditsinskih-rabotnikov-razlichnyh-spetsializatsiy>
7. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности. Учебное пособие для вузов.– М.: ПЕР СЭ, 2006. – 511 с.
8. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – М.: ПЕР-СЭ, 2006. – 528 с.
9. Бодров В. А. Информационный стресс: [учебное пособие для вузов] / В. А. Бодров. – М.: ПЕРСЭ, 2000. – 352 с.

- 10.Брайт, Д. Преодоление стресса / Д. Брайт, Ф. Джонс // Стресс. Теории, исследования, мифы. - СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. - С. 179-209.
- 11.Брайт, Д. Социальная поддержка / Д. Брайт, Ф. Джонс // Стресс. Теории, исследования, мифы. - СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. - С. 210-239.
- 12.Василюк Ф. Е. Типология переживания различных критических ситуаций /Ф. Е. Василюк // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16, № 5. – С. 104–114.
- 13.Василенко, М. М. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій /М. М.Василенко // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С.Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – 2009. – Т. 11, ч. 7. – С. 95–107
- 14.Василенко (Дідух) М. М. Урахування особливостей професійної діяльності працівника ОВС у формуванні активних копінг-стратегій // Управління в освіті: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 14-16 квіт.2011 р.), Львів: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, 2011. С. 47-48.
- 15.Виноградова Л.В. Интеллектуальный контроль как способ интерпретации эмоционально трудных жизненных ситуаций // Психологический журнал. –2004. – Т. 25. – № 6. – С. 21–28.
- 16.Веселова Н. В. Особенности психологических конфликтов и копинг-поведения у лиц, обращающихся за психологической помощью, и больных невротами: дисс. ..канд.психол.наук / Н. В. Веселова. – СПб., 1995 – 262 с.
- 17.Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – М., СПб., 2005. – 221 с.
- 18.Голованевская, В.И. Взаимосвязь особенностей "Я-концепции" и совладающего поведения / В.И. Голованевская. - М.: МГУ, 2001.
- 19.Грабовська С., Єсип М. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. Соціогуманітарні проблеми людини. 2010. № 4. С. 188–199.

20. Грановская Р.М. Совладание - осознанные защитные стратегии // Защита личности: психологические механизмы / Р.М. Грановская, И.М. Никольская. - СПб.: Знание, 1999. - С. 242-266.
21. Гройсман О.Л. Медична психологія. – М.: Магістр, 1998. – 360 с.
22. Грановская Р. М. Защита личности: Психологические механизмы / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.
23. Гринберг Дж. Управление стрессом / Джеррольд Гринберг; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. – М.: Питер, 2002. – 495 с.
24. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. – СПб.: Питер, 2002. – 240 с.
25. Дідух М. М. До питання розвитку конструктивної копінг-поведінки працівників органів внутрішніх справ у важких ситуаціях професійної діяльності // Сучасний стан психологічного забезпечення професійної діяльності сил охорони правопорядку: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 25 лист. 2016), Харків : Національна академія НГУ, 2016. С. 83-86.
26. Життєві кризи особистості: У 2 ч. / [за ред. В. М. Донія, Г. М. Несен, Л. В. Сохань та ін.]. – К., 1998. – Ч. 1: Психологія життєвих криз особистості. – 360 с.
27. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
28. Ильин, Е.П. Различия в копинг-стратегиях (преодолевающим поведением) и в использовании защитных механизмов / Е.П. Ильин // Психология индивидуальных различий. - СПб.: Питер, 2004. - С. 412-431.
29. Индекс жизненного стиля: Методич. пособие / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышева, Е. Б. Клубова и др. – СПб.: Психоневрологический институт им. В. Бехтерева, 1998. – 48 с.
30. Исакова, О.П. Копинг-стили / О.П. Исакова // Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2003. - С. 334-335.

31.Исаева Елена Рудольфовна, Гуреева Ирина Лазаревна Синдром эмоционального выгорания и его влияние на копинг-поведение у медицинских работников // Ученые записки университета Лесгафта. 2010. №6 (64). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-i-ego-vliyanie-na-koping-povedenie-u-meditsinskih-rabotnikov>

32.Камінська А. О. Роль копінг-стратегій у формуванні професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / А. О. Камінська // Архів психіатрії. - 2014. - Т. 20, № 1. - С. 11-14. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2014\\_20\\_1\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2014_20_1_7)

33.Краснянская Т. М. Психология самообеспечения безопасности: монография /Т. М. Краснянская; Федеральное агентство по образованию ; Гос. образовательное учреждение высш.проф. образования «Пятигорский гос. лингвистический ун-т». – Пятигорск : ПГЛУ , 2009. – 279 с.

34.Криворучко П. П. Основи психологічної допомоги : навч. посіб. / П. П. Криворучко, О. Ф. Хмеляр ; Нац. акад. оборони України. – К., 2009. – 215 с.

35.Крукович Е. И. Кризисное вмешательство : учебн.-метод. пособие / Е. И. Крукович, В. Г. Ромек. – Мн. : БГУ, 2003. – 92 с.  
Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008. – 928 с.

36.Крюкова Т.Л., Журавлева, А. Л., Сергиенко, Е. А. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Т. Л. Крюковой, А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474с.

37.Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) //Журнал практического психолога. – 2007. – № 3 –С. 93–112.

38.Киришбаум Э. Психологическая защита / Э. Киришбаум, Л. Еремеева – М.: Смысл, 2000.

39. Клубова Е. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных алкоголизмом / Е. Клубова // Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.Бехтерева. – 1991. – №3. – С.70 – 71.

40.Корольчук В. Психологія стресостійкості особистості: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. д-ра психол. наук. / В. Корольчук. – Київ, 2009.

41.Корольчук М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах / М. Корольчук, В. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 580 с.

42.Корольчук М. С. Теорія і практика професійного психологічного відбору: [навч. посіб. для студентів вищих навч. закл.] / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 536 с.

43.Крушельницька Я. В. Фізіологія і психологія праці: підручник / Ярослава Володимирівна Крушельницька. – К.: КНЕУ, 2003. – 367 с.

44.Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Академический Проект, 2009. – 300 с.

45.Кочарян А.С. Преодоление эмоционально трудных ситуаций общения, в зависимости от сложности социальной перцепции: автореф. дис. На здобуття наук. ступеня : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» /А.С. Кочарян. – Київ, 1986. – 23 с.

46.Либина Е.В. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами? / Е.В. Либина, А.В. Либин // Стил ь человека: психологический анализ. - М.: Смысл, 1998. - С. 190-204.

47.Лигер С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / С. А. Лигер.- 1997. - 191 с.

48.Мілютіна К. Л. Психологія успіху: навч. посіб. / К. Л. Мілютіна. – К. : Главник, 2008. – 144 с. – (Психол. інструментарій).

49.Нартова-Бочавер С.К. «Coping-behavior» в системе понятий психологии личности /С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал, 1997. - Т. №5. - С. 253-282.

50.Назыров Р. К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение у больных невротизмом: автореф. дисс.на соискание научной степени канд.мед.наук / Р. К. Назыров. – СПб., 1993.

51.Малкина–Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе./ И.Г. Малкина–Пых // Московский психологический журнал.– 2005. № 12

52.Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями / К. Муздыбаев //Журнал социологии и социальной антропологии – 1998. - Т.1. Вып.2.- С.43-48.

53.Поліщук В. М. Життєві кризи особистості : навч.-метод. посіб. /В. М. Поліщук; Глух. держ. пед. ун-т. – Глухів, 2005. – 98 с. Психологія життєвої кризи / [відп. ред. Т. М. Титаренко]. – К. : Агропромвидав України, 1998. – 348 с.

54.Родіна Н.В. Бірон Б.В. Роль проактивного копіngu в подоланні особистістю життєвої кризи// Вісник Одеського національного університету. 2011. Т. 16, В. 17. С. 68–79.

55.Романова Е.В., Толкачева О.Н. Сравнительное исследование копинг-стратегий, особенностей межличностных отношений и смысло-жизненных ориентаций у лиц с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Вестник Санкт-Петербургского университета, 2005. - Серия 12.- Вып. 4. - С.87-98.

56.Рибалка В.В. Психологія праці особистості: навчально-методичний посібник / Валентин Васильович Рибалка. – К.: КМПУ імені Б.Д. Грінченка, 2006. – 60 с.

57.Самосознание и защитные механизмы личности /Ред. Д.Я. Райгородский. - Самара: Бахрах-М, 2000. - 656 с.

58.Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред.А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474 с.

59.Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології консультування : навч. посіб. Ч. 1 / Т. М. Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 144 с. – (Психол. інструментарій).

60.Фельдман И. Л. Копинг стратегии и защитные механизмы в развитии личностного самопознания медицинских работников // Известия ТулГУ. Гуманитарные науки. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/koping-strategii-i-zaschitnye-mehanizmy-v-razvitii-lichnostnogo-samopoznaniya-meditsinskih-rabotnikov>

61.Церковский А.Л. Социально-психологическая адаптация студента-медика и копинг-стратегии // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 60-ой научной сессии сотрудников университета.- Витебск: ВГМУ, 2005. - С. 697-699.



# ДОДАТКИ

## Порівняльний аналіз показників пасивної копінг-стратегії

у лікарів приватної та державної клінік

## Ранги

група		N	Средний ранг	Сумма рангов
ПАСКС	1	16	10,5	168,80
	2	16	16,8	268,00
	Всього	32		

Статистики критерия<sup>a</sup>

	ПАСКС
Статистика U Манна-Уитни	35,000
Статистика W Уилкоксона	158,000
Z	-3,018
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,005
Точная знач.[2*(1- Сторонняя Знач./)]	,005*

## Примітки:

ПАСКС- пасивна когнітивна стратегія

Група 1- лікарі приватної клініки

Група 2- лікарі державної клініки

## Порівняльний аналіз показників прямої копінг-стратегії

## у лікарів приватної та державної клінік

## Ранги

група		N	Средний ранг	Сумма рангов
ПРКС	1	16	12,8	204,80
	2	16	15,7	251,20
	Всього	32		

Статистики критерия<sup>a</sup>

	ПРКС
Статистика U Манна-Уитни	38,200
Статистика W Уилкоксона	171,200
Z	-3,338
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,005
Точная знач.[2*(1- Сторонняя Знач./)]	,005*

## Примітки:

ПРКС -пряма когнітивна стратегія

Група 1- лікарі приватної клініки

Група 2- лікарі державної клініки

## Порівняльний аналіз показників асоціальної копінг-стратегії

у лікарів приватної та державної клінік

## Ранги

група	N	Средний ранг	Сумма рангов
АСОЦКС 1	16	10,2	163,80
2	16	18,0	288,00
Всього	32		

Статистики критерия<sup>a</sup>

	АСОЦКС
Статистика U Манна-Уитни	19,220
Статистика W Уилкоксона	91,200
Z	-4,486
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,001
Точная знач.[2*(1- Сторонняя Знач./)]	,001*

## Примітки:

АСОЦКС -асоціально когнітивна стратегія

Група 1- лікарі приватної клініки

Група 2- лікарі державної клініки

**Порівняльний аналіз показників механізму психологічного захисту «витіснення» у лікарів  
приватної та державної клінік**

Ранги

група	N	Средний ранг	Сумма рангов
ВИТІС 1	16	16,5	268,80
2	16	14,8	236,40
Всього	32		

Статистики критерия<sup>a</sup>

	ВИТІС
Статистика U Манна-Уитни	33,200
Статистика W Уилкоксона	155,000
Z	-3,008
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,005
Точная знач.[2*(1- Сторонняя Знач./)]	,005*

**Примітки:**

ВИТІС- механізм психологічного захисту «витіснення»

Група 1- лікарі приватної клініки

Група 2- лікарі державної клініки

## Порівняльний аналіз показників асоціальної копінг-стратегії

у лікарів приватної та державної клінік

## Ранги

група	N	Средний ранг	Сумма рангов
АСОЦКС 1	16	10,2	163,80
2	16	18,0	288,00
Всього	32		

Статистики критерия<sup>a</sup>

	АСОЦКС
Статистика U Манна-Уитни	19,220
Статистика W Уилкоксона	91,200
Z	-4,486
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,001
Точная знач.[2*(1- Сторонняя Знач./)]	,001*

## Примітки:

АСОЦКС -асоціально когнітивна стратегія

Група 1- лікарі приватної клініки

Група 2- лікарі державної клініки

## Порівняльний аналіз показників оцінки якості «Духовної сфери» у лікарів приватної клініки

Ранги

група	N	Средний ранг	Сумма рангов
ВІТІС 1	16	18,0	208,80
2	16	14,8	236,80
Всього	32		

Статистики критерия<sup>a</sup>

	ВІТІС
Статистика U Манна-Уитни	35,200
Статистика W Уилкоксона	155,000
Z	-23,668
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,005
Точная знач.[2*(1- Сторонняя Знач./)]	,005*

## Примітки:

ВІТІС- механізм психологічного захисту «витіснення»

Група 1- лікарі приватної клініки

Група 2- лікарі державної клініки

